FORMATION SANTÉ MENTALE

2021/11/22

Unité interne de psychiatrie adulte - HCLM

La formation vise à transmettre aux CEPI et aux nouvelles infirmières et infirmiers le maximum de connaissances théoriques spécifiques à la psychiatrie dans le but de les accompagner à améliorer la prestation des soins et des services aux usagers.

Volet théorique

Unité interne de psychiatrie adulte

Direction des soins infirmiers

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
Québec

Table des matières

PRÉAMBULE **2**

INTRODUCTION **3**

1. La santé mentale 4
2. Services et trajectoires de services en santé mentale 6
3. Rôles de l'infirmière 10
4. Collaboration professionnelle et rôle des différents intervenants 13
5. Diagnostics en santé mentale selon le DSM-V 15
   - 5.1. Troubles dépressifs 15
   - 5.2. Troubles bipolaires et apparentés 17
   - 5.3. Troubles anxieux 19
   - 5.4. Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés 23
   - 5.5. Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress 24
   - 5.6. Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques 25
   - 5.7. Troubles de la personnalité 29
   - 5.8. Troubles liés à une substance et troubles addictifs 32
6. État mental 42
7. Médication et traitements utilisés en psychiatrie 44
8. Effets secondaires associés à la médication 54
9. Évaluation des risques 57
   - 9.1. Évaluation du risque de potentiel de dangerosité 57
   - 9.2. Évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire 60
   - 9.3 Évaluation du risque de fugue 63
10. Sécurité 66
    - 10.1. Niveaux de surveillance 66
    - 10.2. Vérification des effets personnels 70
11. Aspects légaux 73
    - 11.1. La garde 73
    - 11.2. Le tribunal administratif du Québec (TAQ) 74
    - 11.3. Les mesures de contrôle 75
    - 11.4. La protection des personnes inaptes 82
12. Transfert d'un usager sur une autre unité de soins (rapport interunité) 84

RÉFÉRENCES **91**

PRÉAMBULE

Cette présente formation comporte 3 volets. Le premier volet, le volet théorique, vise à transmettre le maximum de connaissances spécifiques à la clientèle ayant une problématique de santé mentale. Le deuxième volet, axé sur la pratique, a pour but de consolider, d'intégrer et de mettre en application les connaissances apprises lors du volet théorique à l'aide de situations cliniques. Le troisième volet est l'accompagnement sur le terrain. Ce troisième volet permet d'intervenir avec la clientèle psychiatrique à l'aide de l'ensemble des connaissances, des concepts et des méthodes d'intervention apprises lors des 2 volets précédents. L'accompagnement se fait en jumelage avec une infirmière.

Ma réflexion sur la santé mentale

1. Comment je perçois la clientèle atteinte d'un trouble de santé mentale?

2. Est-ce que j'ai des peurs, des craintes, des appréhensions face à cette clientèle?

3. Quelles ont été mes expériences professionnelles auprès de cette clientèle?

INTRODUCTION

Les soins psychiatriques

Les personnes souffrant d'un problème de santé mentale forment un groupe diversifié et présentant un défi particulier pour le personnel soignant. Elles peuvent être anxieuses, déprimées, psychotiques, agitées, suicidaires, voire violentes.

En contexte de crise, la réponse aux besoins des patients devient centrale étant donné la vulnérabilité de ceux-ci et les risques qu'une telle situation comporte. Il est ainsi essentiel de mettre au point des pratiques basées sur la **qualité de l'accueil** et qui soient respectueuses de la personne et de ses droits.

L'expérience démontre que, même dans des états de grande détresse, les personnes concernées sont capables de collaborer à la définition de leurs besoins et sont désireuses de le faire. Elles sont aussi en mesure de faire état de leurs préférences et de suggérer des accommodements minimaux pouvant atténuer leur état de crise. Ces personnes peuvent éclairer le personnel sur leurs besoins, et ce, même lorsque leur capacité à communiquer ou à se contrôler est temporairement diminuée.

Afin d'améliorer les pratiques, il est important de considérer les critiques et les interrogations exprimées par les patients. En voici quelques-unes parmi les plus importantes :

- Sentiment de n'être pas écouté, cru, accepté dans sa souffrance;
- Crainte d'être soumis à l'autorité arbitraire de soignants ou de membres de leur famille et de n'avoir aucune garantie que leurs droits et recours seront respectés par tous les acteurs en présence;
- Sentiment qu'on n'accorde pas de légitimité à la personne « en crise », à moins qu'elle soit accompagnée de quelqu'un de « crédible » qui témoigne pour elle de son état et de ses besoins, ou qu'elle présente des comportements limites entrainant malheureusement des mesures coercitives;
- Sentiment que la priorité est donnée à la sécurité au détriment de l'écoute active et de l'interaction avec la personne en état de crise;
- Perception d'un manque de bonne volonté ou d'une forme d'incapacité pouvant les exposer à des mesures de contrôle traumatisantes, ce qui entraine une remise en question d'une partie ou de la totalité des services offerts ou de la manière dont ils sont offerts.

1. LA SANTÉ MENTALE

La santé mentale vs maladie mentale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la **santé mentale** comme :

> *« Un état complet de bien-être physique, mental et social. La santé mentale est déterminée par des facteurs biologiques, socioéconomiques et environnementaux. Elle est un état de bien-être qui permet à une personne de surmonter les obstacles de la vie, de se réaliser, d'être productive et de participer à la vie communautaire ».*

Selon cette définition, être en bonne santé mentale ne consiste donc pas uniquement à ne pas avoir de maladie.

Facteurs de protection :

- Ressources personnelles de base : connaissances, compétences, attitudes;
- Estime de soi;
- Soutien social;
- Inclusion sociale;
- Environnement favorable : socioéconomique, physique, politique et communautaire.

Un **trouble mental** est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement. Il est le plus souvent associé à une détresse ou une altération importante du fonctionnement habituel de l'individu.

L'approche du rétablissement

Le plan d'action en santé mentale 2015-2020, stipule que « le Québec fonde les soins et les services du secteur de la santé mentale sur l'approche orientée vers le rétablissement ». Ainsi, les intervenants suscitent l'espoir, soutiennent la personne et sont animés par la conviction que celle-ci peut agir dans : la reprise de pouvoir sur sa vie, la détermination de ses besoins et de ses forces, le développement de ses habiletés, sa responsabilisation et l'utilisation des ressources disponibles qu'elle juge pertinentes pour répondre à ses besoins.

Le rétablissement n'est pas synonyme de guérison; il se rapporte plutôt à la possibilité de mener une vie satisfaisante, nourrie par l'espoir et valorisante, en dépit des inconvénients causés par les problèmes de santé mentale.

Soutenir le rétablissement au quotidien c'est :

- Aider la personne à faire ses propres choix, à établir ses priorités et à préciser ses objectifs personnels;
- Orienter les interventions sur les forces de la personne;
- Augmenter les opportunités pour la personne de vivre de nouvelles expériences et d'oser prendre des risques;
- Lutter explicitement contre la stigmatisation, l'exclusion sociale et l'autostigmatisation.

L'implication de la famille et des proches

La collaboration avec la famille et les personnes ayant un lien significatif avec le patient demeure un élément essentiel puisqu'il permet de mieux comprendre la situation de crise et de mieux cibler les interventions. Ce partenariat doit être complémentaire à l'intervention faite auprès du patient lui-même, qui doit participer à cette démarche.

Les rencontres avec les proches devraient se faire autant que possible en présence de la personne atteinte. Toutefois, si le patient refuse que ses proches soient rencontrés ou contactés et qu'il est essentiel d'obtenir des renseignements de leur part afin d'apprécier minimalement sa condition clinique, il est acceptable de s'enquérir auprès d'eux de l'état du patient afin d'obtenir des informations élémentaires pour intervenir de façon urgente. Le respect de la confidentialité ne permet cependant pas de divulguer aux proches de l'information au sujet du patient sans son consentement.

Pour mieux saisir les motifs de la consultation, la famille et les proches deviennent des partenaires incontournables puisqu'ils possèdent des renseignements précieux et peuvent parfois suggérer des solutions.

En premier lieu, afin d'établir un le lien de confiance avec les membres de la famille ou les proches, il importe de bien les accueillir. Le premier contact leur permet de se présenter et d'exposer le problème tout en le plaçant dans son contexte. Les données permettant de comprendre le quand, le comment et le pourquoi de la situation de crise doivent être saisies et notées. À la suite de ces échanges avec les proches du patient, les interventions thérapeutiques doivent, entre autres, tenir compte de leurs ressources, de leur histoire, de leur vulnérabilité et de leurs attentes.

Parmi les interventions thérapeutiques les plus pertinentes, on trouve les suivantes : établir un climat de confiance, se conformer aux normes sociales, faire preuve de neutralité en respectant les idées, les sentiments et les comportements de chacun.

La famille et les proches auront le sentiment de maitriser le problème s'ils connaissent le traitement et les ressources qui leur sont accessibles. Il importe donc de leur donner de l'information et de faire de l'enseignement en utilisant des termes compréhensibles.

La stigmatisation

La stigmatisation signifie la réaction d'un groupe ou d'une société envers des personnes ou des groupes minoritaires, différents ou défavorisés consistant à attribuer une étiquette qui les catégorise comme déviants.

Les préjugés incitent près de 2/3 des personnes atteintes à ne pas chercher l'aide dont elles ont tant besoin.

Selon Santé Canada, la stigmatisation et la discrimination obligent les gens à garder le silence sur leur maladie mentale, les amenant souvent à différer une demande de soins de santé, à éviter de suivre le traitement recommandé et à éviter de partager leurs préoccupations avec leur entourage.

2. SERVICES ET TRAJECTOIRES DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Nous présenterons ici les différents niveaux de services pour la clientèle nécessitant des soins et services en santé mentale.

Accueil psychosocial :

Suivant une demande d'aide adressée au CLSC de sa région par la personne elle-même, celle-ci bénéficiera d'une consultation auprès d'un intervenant qui analysera la situation et dirigera la personne vers divers services du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou vers certaines ressources du milieu : les services généraux, l'équipe de santé mentale adulte 1re ligne via le guichet d'accès ou vers une ressource communautaire adaptée aux besoins de la personne.

Services généraux :

Les intervenants sociaux des services généraux, basés au CLSC, offrent des services d'évaluation, d'intervention de crise, de suivi, de traitement, de réorganisation ou de réinsertion sociale pour des situations telles que détresse psychologique, perte d'un proche, séparation, etc.

GASMA (guichet d'accès) et services de 1re ligne en santé mentale : Situés au CLSC

Située également au CLSC, l'équipe de 1re ligne reçoit les demandes de services en santé mentale en provenance des psychiatres et des médecins généralistes de l'urgence et des cliniques médicales via le formulaire *Fiche d'évaluation guichet d'accès programme santé mentale adulte*.

Un intervenant de l'équipe procédera ensuite à l'évaluation téléphonique ou en personne de la demande de service. Suivant cette évaluation, la personne pourra être recommandée à un professionnel de l'équipe pour un suivi ou vers un autre service du CISSS (services généraux, les services de santé mentale 2e ligne ou vers un organisme communautaire).

Les soins psychiatriques à l'urgence de l'Hôpital Charles-Lemoyne

L'urgence psychiatrique de l'Hôpital Charles-Lemoyne comprend une observation de 6 lits ainsi qu'une salle d'isolement dédiée à la clientèle ayant une problématique de santé mentale. De plus, quelques civières d'observation brève (UHB) sont disponibles pour cette même clientèle. L'équipe de l'observation de psychiatrie est composée d'une infirmière et d'un préposé. Plusieurs professionnels et consultants peuvent rencontrer cette clientèle par exemple l'urgentologue, le psychiatre, l'infirmière de liaison, le travailleur social, etc.

Services internes de psychiatrie :

- **Unités d'hospitalisation (Pavillons 1 et 2) :**

Les unités d'hospitalisation de psychiatrie adulte se trouvent au Pavillon Denis Doyon. Chacune des unités accueille de la psychiatrie générale et possède 45 lits et 1 salle d'isolement. Au premier étage (pavillon 1) on retrouve la clientèle spécialisée de la gérontopsychiatrie ainsi que du premier épisode psychotique. Les usagers sont alors sous les soins d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires et de psychiatres. Les services d'une ergothérapeute, d'une kinésiologue, de travailleurs sociaux et d'intervenants en dépendance sont aussi disponibles.

Services de consultation externe : Cliniques externes de psychiatrie (Hôpital Charles-LeMoyne et Labonté)

Services 2e ligne en santé mentale :

L'équipe, composée de plusieurs psychiatres et de nombreux professionnels (infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes) offre à la clientèle ambulatoire des rendez-vous en clinique externe. L'usager bénéficie d'un suivi régulier de son état de santé (fréquence établie selon les besoins) et des soins spécialisés en santé mentale (administration de la médication IM, psychothérapie individuelle et de groupe, coaching, interventions individuelles de soutien, de crise, familiale, etc.). Les services de deuxième ligne comportent aussi une clinique de clozapine.

Services de l'hôpital de jour :

Les soins offerts à l'hôpital de jour sont dispensés par deux équipes constituées chacune d'un psychiatre, d'une ergothérapeute et d'une infirmière clinicienne. Les usagers bénéficient de 4 rencontres par semaine, soit 3 rencontres de groupe et une rencontre individuelle.

Suivi intensif dans le milieu (SIM) :

L'équipe de suivi intensif est une équipe interdisciplinaire mobile et proactive qui offre une gamme de services de traitement psychiatrique :

- Services psychiatriques et services de réadaptation psychosociale et de soutien dans son milieu de vie;
- Intervention de crise 24/7 afin de diminuer ou prévenir les crises, les décompensations et les hospitalisations répétitives;
- Aide au maintien de la prise de la médication par des visites à domicile tout en offrant un enseignement sur la médication, ses effets bénéfiques et secondaires, ainsi que sur la maladie et ses symptômes;
- Développement du réseau de soutien : amis, famille, voisins, ressources communautaires;
- Accompagnement pour les besoins de base de la vie quotidienne et la santé physique;
- Soutien au logement, à l'alimentation, à la gestion du budget, aux soins d'hygiène personnelle;
- Accompagnement pour avoir accès aux loisirs, à la défense des droits et à l'intégration à l'emploi;
- Intervention au niveau de l'alcoolisme et la toxicomanie.

Suivi d'intensité variable (SIV) :

Le soutien d'intensité variable s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres que pour les services du SIM. Dans ce cas, l'intervention vise surtout le développement des aptitudes individuelles et l'accompagnement effectué par un intervenant pivot.

➨ **Équipe des premiers épisodes psychotiques (PEP) :**

L'équipe interdisciplinaire répond aux références pour la clientèle âgée entre 12 et 35 ans vivant un épisode psychotique. Leurs interventions visent à :

- Aider la personne à faire face à la maladie;
- Favoriser le rétablissement de la personne;
- Réduire les symptômes et prévenir les rechutes;
- Offrir du soutien et de l'information à la personne et à sa famille.

Ressources d'hébergement en santé mentale : RI et RTF

Les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) sont des milieux de vie complémentaires au milieu naturel ou au milieu institutionnel. Par une réponse individualisée aux besoins diversifiés et évolutifs des usagers, elles permettent de favoriser et de maintenir leur intégration, leur participation sociale et leur rétablissement au cœur de la communauté.

Les RI-RTF agissent dans un esprit de partenariat avec les établissements publics qui assurent le suivi professionnel des usagers qui leur sont confiés. Elles sont complémentaires à la mission de ces établissements, c'est-à-dire, d'offrir des services de santé et des services sociaux de qualité aux usagers qui les requièrent.

Autres ressources/partenaires

Il existe plusieurs ressources en santé mentale afin de répondre aux besoins spécifiques de la clientèle. En voici quelques-unes :

➨ **Centre d'intervention de crise et de Prévention du suicide : L'Accès :**

Ce centre offre à la population de tout âge des services visant la prévention du suicide et l'intervention auprès des personnes en crise suicidaire, auprès de leurs proches ainsi qu'auprès des endeuillés à la suite d'un suicide :

- Intervention téléphonique de crise psychosociale ou crise suicidaire, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7;
- Suivi individuel pour les proches de personnes vivant une crise suicidaire;
- Suivi individuel pour les endeuillés par suicide;
- Hébergement temporaire de 1 à 14 jours pour personne en crise psychosociale ou crise suicidaire de 18 ans et plus;
- Prévention, sensibilisation, formation et postvention.

Téléphone : 450-679-8689
Site web : http://www.centredecrise.ca

- **APAMM Rive-Sud : Association des parents et amis de la personne atteinte de la maladie mentale Rive-Sud :**

Depuis 1981, l'Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale Rive-Sud (APAMM-RS) a pour mission de regrouper les membres de l'entourage d'une personne qui présente des manifestations cliniques reliées à un trouble majeur de santé mentale, de leur offrir une gamme de services de soutien, et ce, afin de leur permettre d'actualiser leur potentiel :

- Interventions psychosociales;
- Activités d'information, de formation, de sensibilisation;
- Groupe d'entraide et de soutien;
- Mesure de répit-dépannage;
- Accompagnement.

Téléphone : 450-766-0524
Site web : http://apammrs.org/

- **Santé mentale Québec Rive-Sud :**

Organisme voué à la promotion de la santé mentale, à la prévention de la maladie, à la réadaptation et à la réinsertion sociale, à l'entraide et à la réalisation d'activités de soutien auprès de la population :

- Activités de croissance personnelle, sociale et de réseautage;
- Transports médicaux pour personne nécessitant un accompagnement;
- Centre de Jour;
- Conférences.

Téléphone : 450-616-1569
Site web : http://www.smqrivesud.ca

- **Centre de réadaptation en dépendance, services externes de Longueuil :**

Leur mission est d'offrir des services d'adaptation et de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes, qui en raison de leur alcoolisme ou autre toxicomanie, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes :

- Évaluation spécialisée;
- Intervention de groupe, familiale, de couple et individuelle;
- Services de désintoxication interne à St-Hubert;
- Mécanismes d'accès à des services résidentiels internes en dépendance.

Téléphone sans frais : 1 888 651-3113
Téléphone : 450 651-3113
Site web : http://www.levirage.qc.ca

3. RÔLES DE L'INFIRMIÈRE

Dans le domaine de la santé mentale, l'infirmière démontre des compétences découlant à la fois de ses connaissances, de ses habiletés cliniques et de son attitude, obtenues grâce à la formation et à l'expérience clinique auprès de personnes présentant des troubles mentaux, souvent en association avec des comorbidités liées à la santé physique et en concomitance avec un trouble de dépendance. L'approche à privilégier consiste à mettre au centre des interventions la considération de l'usager, c'est-à-dire, être réceptif, offrir de la disponibilité et de l'écoute dans une attitude de non-jugement.

Standards de pratique en santé mentale

Standard 1 : Offrir des soins de qualité dans le cadre d'une relation thérapeutique :

- Établir une relation de confiance.
- Utiliser des habiletés de communication verbales et non verbales.
- Créer un partenariat de soin avec la personne et ses proches.
- Viser l'autonomie et le rétablissement de la personne.

Standard 2 : Offrir des activités de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie :

- Encourager l'adoption de saines habitudes de vie.
- Encourager la mise en place de facteurs de protection (gestion de l'anxiété, exercice physique, gestion des émotions et accroître l'estime de soi).
- Enseigner les différentes pathologies et la prévention des rechutes.

Standard 3 : Évaluer la condition de santé physique et mentale des personnes présentant un trouble mental :

- Évaluer l'état mental dont l'estimation du degré de dangerosité, l'évaluation du risque d'auto-agressivité, le risque d'abus et l'usage de substances.
- Effectuer un examen physique si nécessaire.
- Évaluer les facteurs de protection, la présence de soutien social, les forces et les limites de la personne ainsi que les facteurs de risque ou les stresseurs actuels.
- Utiliser des outils de mesure appropriés à la situation clinique.
- Initier des mesures de diagnostics selon une ordonnance, en vue d'obtenir des mesures objectives (TSH, lithémie, dépistage drogue de rue).

Standard 4 : Exercer la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier :

- Assurer un environnement sécuritaire.
- Administrer la médication de façon sécuritaire, surveiller la réponse thérapeutique ainsi que les effets indésirables, les signes de toxicité et les possibles interactions.
- Effectuer de l'enseignement sur la médication et les effets à surveiller.
- Assurer la gestion des urgences et coordonner les interventions requises.

Standard 5 : Effectuer le suivi des personnes présentant des problèmes de santé complexes :

- Connaitre et impliquer les ressources communautaires pertinentes.
- Participer à l'élaboration et à la réalisation du plan d'intervention interdisciplinaire.

Standard 6 : Intégrer à sa pratique clinique les principes de base et les interventions selon les meilleures pratiques :

- La rencontre d'accompagnement.
- L'intervention de soutien.
- L'intervention conjugale et familiale.
- L'éducation psychologique.
- La réadaptation.
- Le suivi clinique.
- Le coaching.
- L'intervention de crise.

Standard 7 : Assurer la gestion des situations de santé à risque :

- Connaitr les ressources requises pour la gestion d'une crise ou d'une urgence et savoir comment y faire face (protocole code blanc, ressources en communauté).
- Connaitre les principes et l'application des gardes en établissement.
- Connaitre le protocole d'utilisation des mesures de contention et d'isolement et mettre en place des mesures alternatives avant d'avoir recours à ces mesures de contrôle.
- Initier ou participer à l'analyse post-situationnelle lors d'évènements où des mesures de contrôle ont été utilisées.

Standard 8 : Évaluer les personnes présentant un risque suicidaire et assurer la gestion de la situation en milieu hospitalier et en communauté :

- Évaluer :
  - Les signes avant-coureurs du risque de suicide;
  - Les facteurs de risque;
  - Les facteurs de protection;
  - L'examen de l'état mental;
  - Les facteurs courants pouvant activer les sentiments de détresse;
  - La présence d'idées suicidaires, leur fréquence, la présence d'un plan suicidaire, l'accessibilité et la létalité du moyen envisagé;
  - L'information provenant de l'entourage;
  - L'histoire de gestes de violence antérieurs et le résultat des interventions.
- Établir un plan de sécurité en collaboration avec la personne et ses proches.
- Susciter l'espoir chez la personne et proposer le développement de stratégies d'adaptation.
- Communiquer les résultats de son évaluation à son équipe de soins.

Standard 9 : Coordonner les soins et services et en assurer la continuité :

- Diriger la personne vers le professionnel le plus adapté à ses besoins.
- S'assurer d'éviter les bris de service.

Standard 10 : Faire preuve de leadership infirmier et favoriser la collaboration intraprofessionnelle, interprofessionnelle et intersectorielle :

- Collaborer avec les différents acteurs du réseau et connaître les rôles de chacun des professionnels.

Standard 11 : Assurer son développement professionnel pour offrir des soins et des services de qualité :

- Connaître les lois pertinentes à son exercice professionnel.
- Être à l'affût des nouvelles connaissances et données probantes en vue d'offrir des services adéquats, sécuritaires et efficients.

4. COLLABORATION PROFESSIONNELLE ET RÔLE DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

Importance de la communication

Afin d'offrir des soins et des services sécuritaires et de qualité à la clientèle, la communication au sein de l'équipe est primordiale. Il est essentiel de partager aux autres membres de l'équipe les données relatives à l'état de santé de l'usager (par exemple : propos suicidaires, interventions mises en place pour réduire des troubles du comportement, éléments de surveillance dans le cas d'application d'une mesure de contrôle, éléments de surveillance lors d'un risque de fugue).

Urgentologue (Coordonnateur de l'urgence)

- Procède à l'évaluation médicale physique et psychiatrique.
- Effectue les rapports pour la garde préventive.
- Prescrit les soins et les services requis par l'état de santé de l'usager.
- Réévalue l'usager et procède au congé médical lorsque requis.

Infirmière de liaison en santé mentale

- Effectue une évaluation physique et mentale de l'usager à l'urgence.
- Complète sa collecte de données à l'aide de l'*évaluation initiale de la clientèle en santé mentale à l'urgence* (MC-69).
- Repère les problématiques reliées à la consommation d'alcool, de drogues et de jeu à l'aide des outils de repérage (Cage-aid et Lie-bet) et réfère à la ressource pertinente.
- Travaille en collaboration avec le psychiatre afin d'offrir à l'usager les soins et services requis par son état de santé.
- Travaille en collaboration avec les différents professionnels et membres de l'équipe de soins.
- Effectue la liaison avec les autres établissements de santé et les partenaires de la communauté.

Psychiatre

- Procède à l'évaluation médicale psychiatrique.
- Prescrit les soins et les services requis par l'état de santé de l'usager.
- Effectue les rapports médicaux des différentes gardes si besoin.

Assistante au supérieur immédiat

- Agit à titre de personne ressource pour la gestion de certaines situations problématiques : fugues, code blanc, etc.
- Coordonne les soins et assure le suivi des épisodes de soins.
- Soutient les équipes de soins.

Infirmière de l'urgence

- Effectue une évaluation physique et mentale de l'usager.
- Prodigue les soins infirmiers à l'usager.
- Favorise la transmission de l'information entre les différents professionnels.

Préposé aux bénéficiaires

- Assure la surveillance en lien avec la sécurité de l'usager.
- Assiste l'usager afin qu'il réponde à ses besoins de base.

Conseillère en soins infirmiers – Santé mentale

- Procède à la formation du personnel infirmier.
- Agit à titre de conseillère et de personne-ressource pour les équipes de soins œuvrant avec la clientèle présentant une problématique de santé mentale.

5. DIAGNOSTICS EN SANTÉ MENTALE SELON LE DSM-V

5.1. Troubles dépressifs

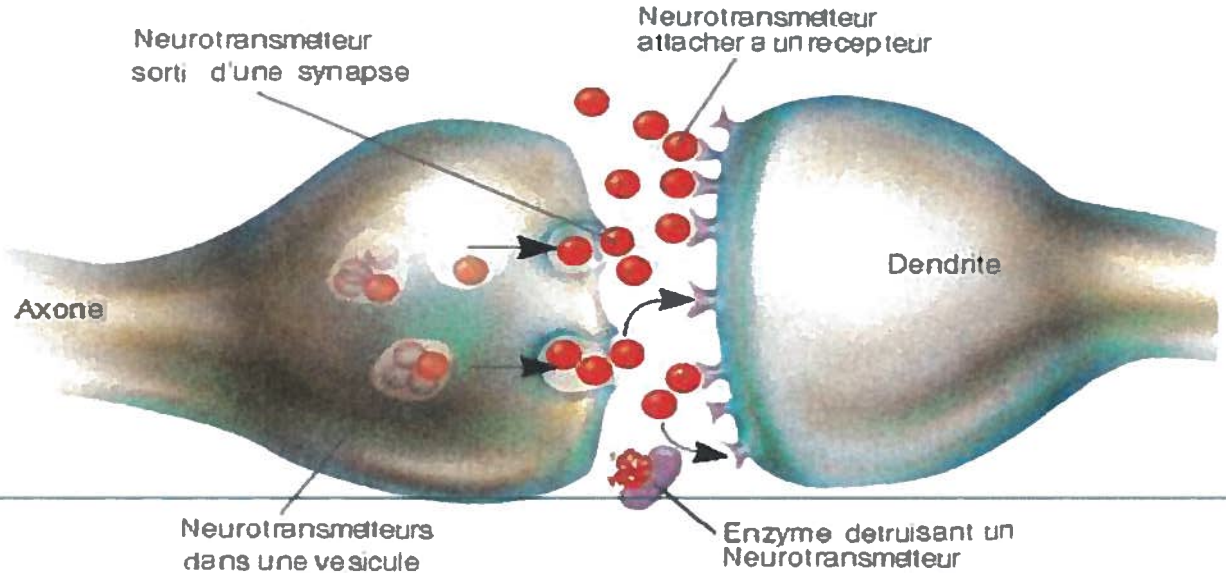
Trouble dépressif caractérisé :

Selon les hypothèses les plus soutenues, la dépression serait liée, entre autres, à une diminution de la synthèse et de la libération de la sérotonine, de la noradrénaline et de la dopamine, trois neurotransmetteurs.

La sérotonine agit sur la régulation de l'humeur, la motricité, l'anxiété (obsessions/compulsions, paniques), l'appétit et le comportement alimentaire, le sommeil et la fonction sexuelle.

La noradrénaline serait impliquée dans la cognition, l'humeur, les émotions, l'énergie et la motricité.

La dopamine régule la motivation, l'énergie psychomotrice, la concentration et la capacité à expérimenter le plaisir.



Au moins 5 des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement significatif au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes en gras doit être présent :

- **Humeur dépressive;**
- **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir;**
- Perte ou gain de poids significatif ou diminution ou augmentation de l'appétit;
- Insomnie ou hypersomnie;
- Agitation ou ralentissement psychomoteur;
- Fatigue ou perte d'énergie;
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée;
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision;

- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement.

Interventions infirmières

- Établissez un lien de confiance avec l'usager en lui démontrant votre disponibilité.
- Évaluez avec l'usager la qualité de son sommeil et décrire les difficultés : endormissement, réveils fréquents, sommeil léger/agité, cauchemars, horaire perturbé, etc.
- Évaluez les causes possibles de l'insomnie : stress, pensées intrusives et obsessionnelles, tensions émotives, douleur, etc. Aidez la personne à trouver des moyens pour remédier aux causes sur lesquelles elle a du pouvoir.
- Évaluez les habitudes de vie liées au sommeil : consommation de cigarettes, alcool, boissons à base de caféine, repas copieux ou épicés en fin de soirée, anxiété en lien avec le sommeil, routine, etc. Aidez la personne à trouver des moyens pour remédier aux habitudes de vie qui nuisent à la qualité de son sommeil.
- Démontrez des attitudes facilitant l'établissement d'une relation d'aide : compréhension empathique, respect chaleureux, authenticité.
- Encouragez-le à identifier et à exprimer ses sentiments. Utilisez les techniques de communication favorisant l'expression des émotions : reflet, reformulation, questions ouvertes, silence.
- Écoutez les propos de l'usager en lui permettant de verbaliser ses sentiments d'échec et d'impuissance, les pertes vécues, les doutes qu'il entretient à son égard, etc.
- Réagissez de façon honnête à ses commentaires en mettant en lumière les perceptions irréalistes sans argumenter. Ne rassurez pas inutilement l'usager, mais aidez-le à prendre conscience de l'attitude négative qu'il entretient à son endroit.
- Identifiez les distorsions cognitives. Proposez des affirmations de rechange pour remplacer ses critiques disproportionnées envers lui-même.
- Aidez l'usager à prendre conscience des facteurs de stress qui peuvent avoir contribué à l'état dépressif actuel.
- Aidez l'usager à fixer ses limites et encouragez-le à ne pas se laisser envahir. Enseignez, si besoin, l'affirmation de soi.
- Communiquez des directives claires et concises lorsque l'usager démontre de l'ambivalence.
- Identifiez les forces de l'usager et effectuez du renforcement positif. Attirez son attention sur ses réalisations positives, ses qualités, ses réussites.
- Évaluez les signes d'anxiété.
- Gardez espoir et partagez ce sentiment avec l'usager. Aidez-le à regarder vers l'avenir et à identifier ce qui peut être plaisant.
- Adoptez une attitude positive face à ses capacités et ses chances de réussite.

- Stimulez l'usager à effectuer régulièrement ses activités de la vie quotidienne. Aidez-le à améliorer son apparence physique : soins d'hygiène, habillement, posture, etc.
- Identifiez les activités plaisantes pratiquées avant l'apparition des symptômes dépressifs. Encouragez-le à reprendre graduellement ces activités ou en explorer de nouvelles pour élargir ses centres d'intérêt.
- Explorez avec l'usager comment il pourrait poursuivre la mobilisation dans son milieu.

5.2. Troubles bipolaires et apparentés

5.2.1. Trouble bipolaire :

L'activité de neurotransmission serait supérieure à la normale pendant un épisode de manie, expliquant les symptômes d'agitation.

Trouble bipolaire type I : Les critères d'un épisode maniaque doivent être réunis. L'épisode maniaque peut précéder ou succéder à des épisodes hypomaniaques ou dépressifs caractérisés.

Trouble bipolaire type II : Les critères d'un épisode hypomaniaque actuel ou passé et les critères d'un épisode dépressif caractérisé doivent être remplis.

Pôles thymiques	Trouble bipolaire I	Trouble bipolaire II
Dépressif	Épisode dépressif	Épisode dépressif
Maniaque	Épisode hypomaniaque Épisode maniaque	Épisode hypomaniaque

5.2.2. Trouble bipolaire, épisode maniaque :

Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, pendant au moins une semaine.

Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable :

- Augmentation de l'estime de soi ou idée de grandeur;
- Réduction du besoin de sommeil;
- Plus grande communicabilité ou désir de parler constamment;
- Fuites des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent;
- Distractibilité rapportée ou observée;
- Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice;

- Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (ex. : achats inconsidérés, conduite sexuelle à risque);
- La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement ou pour nécessiter une hospitalisation, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

5.2.3. Trouble bipolaire, épisode hypomaniaque :

Mêmes critères diagnostiques que l'épisode maniaque.

La période où les symptômes sont présents s'étend sur au moins 4 jours consécutifs.

L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui de la personne hors épisode symptomatique.

La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.

Phase maniaque	Phase hypomaniaque
• Symptômes intenses • Symptômes pendant au moins 1 semaine • Altération marquée du fonctionnement • Caractéristique psychotique fréquente • Hospitalisation souvent nécessaire	• Symptômes moins intenses • Symptômes pendant au moins 4 jours consécutifs • Modification indiscutable du fonctionnement, mais pas d'altération marquée du fonctionnement • Absence de caractéristiques psychotiques • Hospitalisation non nécessaire en hypomanie

5.2.4. Trouble bipolaire, épisode mixte :

On observe à une concomitance de symptômes maniaques ou hypomaniaques et de symptômes dépressifs.

Interventions infirmières

- Surveillez, de la façon la plus discrète possible, le comportement de l'usager sur les plans moteur et verbal.
- Contestez le besoin perçu de sommeil et observez la qualité/durée du sommeil.
- Assurez-vous que l'usager réponde à ses besoins de base : alimentation, hydratation, sommeil.
- Assurez un encadrement régulier afin de limiter l'agitation.
- Déterminez la sévérité de l'agitation et administrez une médication si nécessaire en notant son efficacité.
- Aidez l'usager à identifier des stratégies pour contrôler son agitation : séance de relaxation, concentration sur une activité calme, période de repos et respirations profondes, etc.
- Retirez l'usager des influences stimulantes, excitantes, bruyantes et perturbatrices dans la mesure du possible.
- Réservez une période de repos dans une pièce séparée et calme au besoin.
- Soyez vigilant en ce qui concerne le désir de l'usager de quitter l'hôpital. Avisez le médecin si besoin.
- Ne discutez pas des idées grandioses. Expliquez à l'usager la réalité de la situation vécue (vs les idées grandioses) tout en évitant l'argumentation et la confrontation.
- En présence de délires ou d'hallucinations, référez-vous à la section interventions infirmières de la schizophrénie.
- Identifiez des intervenants et des périodes de temps fixes où l'usager pourra s'exprimer ou adresser ses demandes, ceci dans le but de limiter les demandes répétitives et l'agitation.
- Fixez les limites face aux comportements perturbateurs en expliquant les raisons.
- Orientez, dirigez, accompagnez l'usager vers des occupations concrètes à travers ses soins quotidiens (hygiène, alimentation, activité).
- Donnez des directives claires, concises et fermes tout en demeurant empathique au vécu de la personne.
- Renforcez positivement les efforts et la collaboration de l'usager.

5.3. Troubles anxieux

La théorie biologique démontre des changements au niveau de l'amygdale et de l'hippocampe en période de stress. Les personnes atteintes de troubles anxieux ont des déficiences dans les circuits cérébraux de l'amygdale responsables de l'extinction de la peur.

La génétique influencerait également l'apparition de certains troubles anxieux.

Selon la théorie comportementale, l'anxiété peut apparaître lorsque la personne se heurte à un signal qui lui rappelle un évènement douloureux ou embarrassant.

La théorie cognitivo-comportementale quant à elle propose que l'anxiété vienne des pensées entretenues par la personne ainsi que des comportements qu'il adopte tel que l'évitement systématique de certaines situations.

5.3.1. Anxiété sociale :

Peur ou anxiété intenses d'une ou de plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui telle que :

- Interactions sociales : entretenir une conversation, rencontrer des personnes non familières;
- Être observé : en train de manger ou de boire;
- Situations de performance : faire un discours.

La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement.

Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété et elles sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intense.

La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.

La peur, l'anxiété et l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus et entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement.

5.3.2. Trouble panique :

Attaques de panique récurrentes et inattendues. Une attaque de panique est une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son apogée en quelques minutes avec la survenue de 4 symptômes suivants ou plus :

- Palpitations, battements de cœur sensibles ou accélération du rythme cardiaque;
- Transpiration;
- Tremblements ou secousses musculaires;
- Sensation de « souffle coupé » ou impression d'étouffement;
- Sensation d'étranglement;
- Douleur ou gêne thoracique;
- Nausée ou gêne abdominale;
- Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement;
- Frissons ou bouffées de chaleur;
- Paresthésies (Sensations d'engourdissement ou de picotements);

- Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi);
- Peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou »;
- Peur de mourir.

Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois ou plus de l'un ou des deux symptômes suivants :

- Crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences (ex. : perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »);
- Changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques (ex. : comportements d'évitement du déclenchement d'une attaque de panique).

5.3.3. Agoraphobie :

Peur ou anxiété marquée pour deux ou plus des situations suivantes :

- Utiliser les transports en commun;
- Être dans des endroits ouverts (stationnement, marchés, ponts);
- Être dans des endroits clos (magasins, théâtre, cinéma);
- Être dans une file d'attente ou dans une foule;
- Être seul à l'extérieur du domicile.

La personne craint ou évite ces situations parce qu'elle pense qu'il pourrait être difficile de s'en échapper ou de trouver du secours en cas de survenue de symptômes de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants.

Les situations agoraphobogènes entraînent presque toujours une peur ou de l'anxiété. Elles sont activement évitées, nécessitent la présence d'un accompagnant ou sont subies avec une peur intense ou de l'anxiété.

La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport au danger réel lié aux situations agoraphobogènes et compte tenu du contexte socioculturel.

La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, typiquement 6 mois ou plus et cause une détresse ou une altération significative du fonctionnement.

5.3.4. Anxiété généralisée :

Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'évènements ou d'activités.

La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

L'anxiété et les soucis sont associés à 3 ou plus de ces symptômes :

- Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout;
- Fatigabilité;
- Difficultés de concentration ou trous de mémoire;
- Irritabilité;
- Tensions musculaires;
- Perturbation du sommeil.

L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement.

Interventions infirmières

- Déterminez le degré de sévérité de l'anxiété : léger, modéré, sévère, panique).
- Aidez l'usager à identifier les facteurs précipitants et tentez de diminuer l'anxiété provoquée par la situation.
- Diminuez les stimulations sensorielles et environnementales. Amenez dans un endroit calme, parlez lentement et calmement.
- Offrez une médication pertinente, observez et notez l'efficacité.
- N'exigez rien en période d'anxiété sévère, retardez les prises de décisions à plus tard. Rassurez et guidez l'usager si un soin ne peut attendre.
- Accordez une présence calme et rassurante.
- Aidez à identifier les sentiments à l'origine de l'anxiété : frustration, impuissance, etc.
- Proposez des techniques de relaxation et d'autres moyens de diminuer l'anxiété. Explorer les moyens personnels habituellement employés par la personne.
- Aidez à reconnaître une escalade d'anxiété et à réagir rapidement afin d'éviter d'atteindre un niveau d'anxiété supérieur.
- Impliquez les proches afin de soutenir l'usager dans l'application de stratégies pour contrer l'anxiété.

5.4. Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés

5.4.1. Trouble obsessionnel-compulsif :

Présence d'obsessions, de compulsions ou des deux.

5.4.2. Obsessions :

- Pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui sont ressenties comme intrusives et inopportunes et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.
- Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ses pensées ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou des actions.

5.4.3. Compulsions :

- Comportements répétitifs (ex : se laver les mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (ex : prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.
- Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un évènement ou une situation redoutés. Cependant, ces comportements sont soit sans relation réaliste ou manifestement excessifs.

Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable ou d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement.

Interventions infirmières

- Dans un premier temps, assurez que le l'usager puisse avoir recours à ses rituels puisque ceux-ci lui permettent de diminuer son anxiété à court terme et de rester en contrôle.
- Aidez l'usager à déterminer les situations qui font monter l'anxiété et qui le poussent à recourir à des rituels.
- Évitez de porter un jugement sur les rituels ou de manifester votre désapprobation. Expliquez à l'usager le lien entre son anxiété et ses rituels.
- Donnez du renforcement positif aux comportements non ritualisés.
- Encouragez à l'usager à utiliser d'autres moyens pour diminuer son anxiété (relaxation, respiration, lecture, verbalisation).

5.5. Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

5.5.1. Trouble de stress post-traumatique :

Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles :

- En étant directement exposé à un ou plusieurs évènements traumatiques;
- En étant témoin direct d'un ou plusieurs évènements traumatiques survenus à d'autres personnes;
- En apprenant qu'un ou plusieurs évènements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille ou un ami proche;
- En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des évènements traumatiques.

Présence d'un ou de plusieurs symptômes envahissants suivants associés à l'évènement ou aux évènements traumatiques (souvenirs ou rêves répétitifs, réactions dissociatives, sentiment de détresse et réactions physiologiques marquées lors d'une exposition à des indices du ou des évènements).

Évitement persistant des pensées, souvenirs, sentiments, ainsi que des rappels externes (personnes, endroits, activités) associés à l'évènement traumatique.

Altérations négatives des cognitions et de l'humeur (amnésie dissociative, distorsions cognitives, perte de l'intérêt).

Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité (hypervigilance, sursaut exagéré, problème de concentration).

5.5.2. Trouble de l'adaptation :

Survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables dans les 3 mois suivant l'exposition aux facteurs de stress.

Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoigne un ou les deux éléments suivants :

- Détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels;
- Altération significative du fonctionnement.

Les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal.

Une fois que le facteur de stress ou ses conséquences sont terminés, les symptômes ne persistent pas au-delà d'une période additionnelle de 6 mois.

Interventions infirmières

- Adoptez une attitude objective, chaleureuse et rassurante.
- Dans le cas d'un traumatisme sexuel, respectez les besoins de la personne en ce qui a trait au sexe des professionnels et intervenants.
- Offrez à la personne une présence rassurante surtout dans les épisodes de reviviscence des évènements traumatiques. Expliquez-lui qu'il s'agit d'un symptôme fréquent suivant un diagnostic de trouble de stress post-traumatique.
- Tentez d'obtenir des proches de l'information sur les évènements ou sur les stresseurs.
- Encouragez l'usager à parler de son traumatisme à son rythme.
- Assurez-vous de la présence d'un réseau de soutien adéquat.
- Discutez avec le client des stratégies d'adaptation adaptées et inadaptées (ex. : consommation d'alcool ou de drogues). Évaluez les forces et les stratégies déjà utilisées par l'usager lors d'évènements traumatiques antérieurs.
- Normalisez les émotions vécues en lien avec les stresseurs ou les évènements traumatiques.

5.6. Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

5.6.1. Schizophrénie :

La schizophrénie est une maladie cérébrale complexe et donc un trouble neuropsychiatrique, car ses symptômes découlent de divers facteurs qui touchent les neurotransmetteurs du cerveau et causent des perturbations de la pensée, des perceptions, des fonctions cognitives, de l'humeur et de la motivation.

La théorie neurodéveloppementale explique la contribution des modifications de circuits neuraux particuliers qui entraîneraient une vulnérabilité et ultimement, des dysfonctionnements biologiques et psychosociaux.

La schizophrénie serait héréditaire à une proportion de 60 %, l'expression du génome pouvant être modifiée avec les expériences négatives ou stressantes.

Les personnes atteintes de schizophrénie auraient des débalancements de dopamine dans certaines régions du cerveau, ce qui expliquerait les symptômes positifs et négatifs de la maladie.

Au moins 2 symptômes suivants doivent être présents dans une proportion significative de temps au cours d'un mois, dont minimalement un des 3 premiers symptômes :

- Idées délirantes;
- Hallucinations;
- Discours désorganisé;

- Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique;
- Symptômes négatifs (affaiblissement de la volonté ou diminution de l'expression émotionnelle).

Le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant l'apparition du trouble.

Symptômes positifs	Symptômes négatifs	Symptômes cognitifs
▪ Hallucinations : fausses perceptions ▪ Idées délirantes : fausses croyances ▪ Désorganisation : – de la pensée; – du comportement.	▪ Diminution de l'affect : – affect restreint ↓ – affect émoussé ↓↓ – affect plat ↓↓↓ ▪ Alogie ▪ Aboulie (avolition), apathie : ↓ « drive » ▪ Anhédonie ▪ Retrait social	▪ Attention/Concentration ↓ ▪ Mémoire ↓ ▪ Fonctionnement exécutif ↓

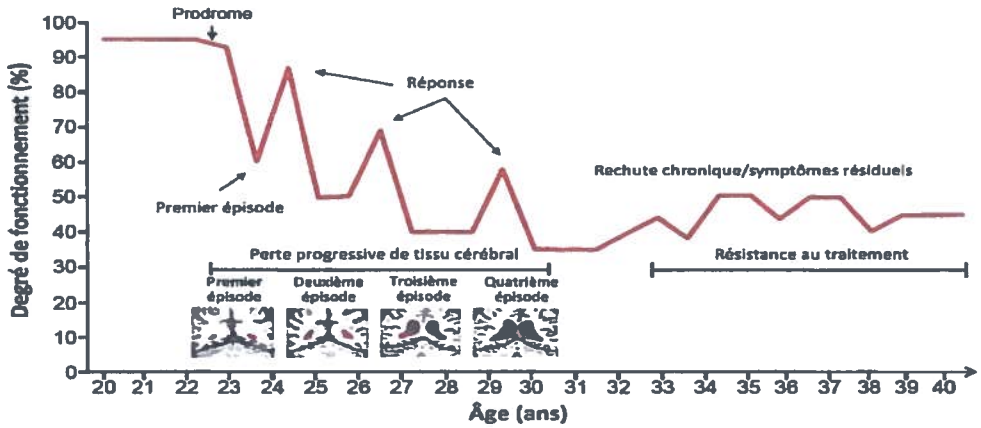
5.6.2. Prévention des rechutes :

Une rechute est la réapparition des symptômes antérieurs de la maladie nécessitant la plupart du temps une réhospitalisation.

Les principales causes :

- L'arrêt de la médication antipsychotique;
- L'abus de drogues et d'alcool;
- Un niveau de stress trop élevé.

Perte de tissu cérébral au fil de rechutes répétées, après le premier épisode de schizophrénie



Nasrallah HA et Smeltzer DJ. Dans : *Contemporary Diagnosis and Management of the Patient with Schizophrenia*, 2e édition. Handbooks in Health Care Co., Newton, Pennsylvanie, États-Unis, 2011.

5.6.3. Enseignement à l'usager et à sa famille :

Les rechutes sont souvent précédées de signes avant-coureurs tels que de l'insomnie, de l'agitation, des changements d'humeur, un retrait social plus marqué ou des préoccupations excessives. Ceux-ci peuvent survenir de quelques jours à quelques semaines avant la rechute.

Après un épisode aigu, le patient subit souvent une perte d'énergie et de motivation qui découle directement de la maladie. Le patient et ses proches doivent trouver un juste milieu entre une stimulation excessive et une stimulation insuffisante pour la reprise des activités.

5.6.4. Trouble schizoaffectif :

Critères diagnostiques :

Période ininterrompue de maladie pendant laquelle sont présents à la fois un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque) et le critère A de la schizophrénie soit au moins 2 symptômes suivants :

- Idées délirantes;
- Hallucinations;
- Discours désorganisé;
- Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique;
- Symptômes négatifs (affaiblissement de la volonté ou diminution de l'expression émotionnelle).

Idées délirantes ou hallucinations pendant au moins deux semaines sur toute la durée de la maladie, en dehors d'un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque).

Les symptômes qui répondent aux critères d'un épisode thymique caractérisé sont présents pendant la majeure partie de la durée totale des épisodes actifs et résiduels de la maladie.

5.6.5. Trouble psychotique induit par une substance/un médicament :

Critères diagnostiques

Présence d'un ou deux symptômes suivants :

- Idées délirantes;
- Hallucinations.

Mise en évidence que :

- Les symptômes sont apparus pendant ou peu de temps après une prise médicamenteuse, une intoxication ou un sevrage d'une substance;
- La substance/le médicament en cause est capable de produire les symptômes.

La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique non induit par une substance/un médicament.

Interventions infirmières

- Cherchez à identifier les causes de l'épisode psychotique : arrêt de médicaments, stress, abus de drogues, etc.
- Observez le comportement non verbal pour relever la présence de symptômes : attitude d'écoute, gestes stériles, port de lunettes soleil, etc.
- Intervenez de façon brève dans un langage clair. Évitez les remarques abstraites et générales.
- Expliquez votre réalité sans chercher à convaincre. Ramenez l'attention de la personne vers des choses concrètes.
- Reconnaissez la réalité des sentiments vécus (angoisse, peur). Procurez un endroit calme et offrez une présence rassurante.
- Contrôlez la prise régulière de la médication en expliquant les bénéfices attendus.
- Soyez à l'affut des comportements verbaux et non-verbaux manifestant l'hallucination ou le délire.
- Enseignez des moyens pour éviter de se laisser envahir par des hallucinations : écouter de la musique, participer à des activités divertissantes, faire de la lecture, apprendre à critiquer les messages reçus, etc.
- Proposez une entente thérapeutique par laquelle l'usager s'engage à demander de l'aide au personnel lorsqu'il se sent plus préoccupé.
- Renforcez l'autocritique et les perceptions réalistes.
- Aidez l'usager à identifier et à prévenir les situations de stress qui précèdent l'apparition des symptômes.
- Enseignez comment reconnaître les signes précurseurs de rechute au client et à ses proches.
- Expliquez l'importance de la prise régulière de la médication dans la prévention des rechutes.
- Méthode LEAP :

    1- Écoute réflexive des idées délirantes et des désirs et priorités de la personne. Attendre d'avoir un lien de confiance avant d'émettre son opinion;

    2- Démontrer de l'empathie pour les croyances délirantes, le désir de prouver qu'elle n'est pas malade et le désir d'éviter le traitement;

    3- Se mettre d'accord avec la personne : discuter seulement des problèmes perçus. Être d'accord d'être en désaccord;

    4- Établir un partenariat sur les buts conjointement établis.

    *** Si la personne vous demande votre opinion :

    - ❖ Présentez vos excuses, car votre opinion pourrait différer de ce que l'usager veut entendre;
    - ❖ Reconnaissez que vous pourriez avoir tort;
    - ❖ Acceptez qu'il ait une opinion différente de la vôtre; il n'y a pas de mal à cela.

5.7. Troubles de la personnalité

Chaque être humain a sa personnalité propre, formée de leur définition du moi, d'habiletés interpersonnelles et d'une structure de défense attribuables à des traits de personnalités.

Ces traits peuvent être adaptés ou inadaptés selon qu'ils sont inflexibles ou qu'ils causent une importante déficience fonctionnelle ou une souffrance subjective.

Les symptômes d'un trouble de personnalité sont durables, persistants et envahissent les situations personnelles et sociales de la personne. Les symptômes sont peu soulagés par l'usage de la médication et nécessitent une psychothérapie au long cours.

5.7.1. Personnalités du groupe A :

Type de personnalité	Description
Paranoïaque	Méfiance soupçonneuse envers les autres, dont les intentions sont interprétées comme malveillantes.
Schizoïde	Détachement des relations sociales et une restriction de la variété des expressions émotionnelles.
Schizotypique	Gêne aiguë dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques.

5.7.2. Personnalités du groupe B :

Type de personnalité	Description
Antisociale	Mépris et transgression des droits d'autrui.
Bordeline (limite)	Impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects.
Histrionique	Réponses émotionnelles excessives et une quête d'attention.
Narcissique	Fantaisies ou des comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie.

5.7.3. Personnalités du groupe C :

Type de personnalité	Description
Évitante	Inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.
Dépendante	Comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge.
Obsessionnelle-compulsive	Préoccupation pour l'ordre, la perfection et le contrôle.

5.7.4. Personnalité antisociale :

Critères diagnostiques :

Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :

- Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition des comportements passibles d'arrestation;
- Tendance à tromper pour un profit personnel ou par plaisir, indiqué par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries;
- Impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance;
- Irritabilité et agressivité, comme en témoigne la répétition de bagarres ou d'agressions;
- Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui;
- Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières;
- Absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.

5.7.5. Personnalité limite :

Critères diagnostiques :

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés;
- Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation;
- Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi;
- Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (ex. : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie);
- Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations;
- Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (ex : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours);
- Sentiments chroniques de vide;
- Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (ex. : fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées);
- Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

5.7.6. Personnalité histrionique :

Critères diagnostiques :

Mode général de réponses émotionnelles excessives et de quêtes d'attention, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- Le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui;
- L'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante;
- Expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante;
- Utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi;
- Manière de parler trop subjective, mais pauvre en détails;
- Dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle;
- Suggestibilité, est facilement influencé par autrui ou par les circonstances;
- Considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

5.7.7. Personnalité narcissique :

Critères diagnostiques :

Mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte et sont présents dans des contextes de soins divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- Le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (ex : surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport);
- Est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal;
- Pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau;
- Besoin excessif d'être admiré;
- Pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits. Exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins;
- Manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui;
- Envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient;
- Fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains.

Interventions infirmières

- Identifiez les comportements inadéquats et recherchez en quoi ils servent l'usager.
- Accordez du temps à l'usager même s'il ne porte pas d'attention à votre présence.
- Montrez-vous clair et cohérent en regard des attentes et des buts du traitement.
- Renforcez l'idée que l'usager est responsable de ses comportements, objectivement et sans jugement.
- Limitez les choix et demeurez ferme lorsque la personne tente de renégocier les décisions.
- Identifiez clairement un répondant principal pour chaque quart de travail. Redirigez l'usager de façon respectueuse, mais sans équivoque vers cette personne.
- Indiquez clairement les comportements non acceptables : ordres, insultes, haussement de la voix, accusations, impolitesse, séduction, manipulation, etc.
- Informez l'usager des réactions qu'il suscite lorsqu'il s'exprime de façon irrespectueuse.
- Encouragez les attitudes positives par le renforcement.
- Accordez du temps pour permettre l'expression des émotions.
- Déterminez clairement les attentes, les engagements du personnel ainsi que les conséquences du non-respect de l'entente. Recherchez un consensus d'équipe.
- Expliquez à l'usager, de façon claire et concise, les termes de l'entente et recherchez à obtenir son accord. Si pertinent, rédigez-la sous forme de contrat thérapeutique et remettez-lui une copie signée.
- Aidez l'usager à prendre conscience qu'il possède lui-même les solutions et qu'il doit s'investir dans un travail à long terme pour régler ses difficultés. Orientez-le vers des ressources externes de traitement des troubles de la personnalité (Services de 1re ligne en santé mentale, psychologue au privé).

5.8. Troubles liés à une substance et troubles addictifs

5.8.1. Plusieurs diagnostics découlent de cette catégorie. Ceux-ci peuvent être regroupés en deux catégories :

- **Les troubles liés à l'usage d'une substance :**

Réfère à un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer la substance malgré des problèmes significatifs liés à cela.

- **Les troubles induits par une substance :**

Comprend l'intoxication, le sevrage et les autres troubles mentaux induits par une substance/médicament.

5.8.2. Intoxication par l'alcool :

Critères diagnostiques :

Ingestion récente d'alcool

Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (ex. : comportement sexuel ou agressif inapproprié, labilité de l'humeur, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'ingestion d'alcool.

Au moins un des signes ou symptômes suivants, se développant pendant ou peu après la consommation d'alcool :

- Discours bredouillant;
- Incoordination motrice;
- Démarche ébrieuse;
- Nystagmus;
- Altération de l'attention ou de la mémoire;
- Stupeur ou coma.

5.8.3. Sevrage de l'alcool :

Critères diagnostiques :

Arrêt (ou réduction) d'un usage d'alcool qui a été massif ou prolongé.

Au moins deux des manifestations suivantes se développent de quelques heures à quelques jours après l'arrêt (ou la réduction) d'un usage d'alcool massif et prolongé :

- Hyperactivité neurovégétative (ex. : transpiration ou fréquence cardiaque supérieure à 100 battements/min);
- Augmentation du tremblement des mains;
- Insomnie;
- Nausées ou vomissements;
- Hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives;
- Agitation psychomotrice;
- Anxiété;
- Crises convulsives généralisées tonicocloniques.

Ces signes ou symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

5.8.4. Intoxication par le cannabis :

Critères diagnostiques

Usage récent de cannabis.

Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (ex. : altération de la coordination motrice, euphorie, anxiété, sensation de ralentissement du temps, altération du jugement, retrait social) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage de cannabis.

Au moins deux des signes ou symptômes suivants, se développant dans les 2 heures qui suivent l'usage du cannabis :

- Conjonctives injectées;
- Augmentation de l'appétit;
- Sécheresse de la bouche;
- Tachycardie.

5.8.5. Sevrage du cannabis :

Critères diagnostiques

Arrêt d'un usage du cannabis qui a été massif et prolongé (c.-à-d. consommation habituellement quotidienne ou presque durant une période d'au moins quelques mois).

Au moins trois des signes et symptômes suivants se développent dans un délai d'environ une semaine après l'usage massif et prolongé de cannabis :

- Irritabilité, colère ou agressivité;
- Nervosité ou anxiété;
- Troubles du sommeil (ex. : insomnie, rêves perturbants);
- Diminution de l'appétit ou perte de poids;
- Fébrilité;
- Thymie dépressive;
- Au moins un des symptômes physiques suivants cause de l'inconfort significatif : douleurs abdominales, instabilité/tremblements, sueurs, fièvre, frissons ou céphalées.

Ces signes ou symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

5.8.6. Intoxication par la phencyclidine (PCP) :

Critères diagnostiques

Usage récent de phencyclidine.

Changements comportementaux problématiques, cliniquement significatifs (ex. : bagarres, agressivité, impulsivité, imprévisibilité, agitation psychomotrice, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage de phencyclidine.

Au moins deux des signes ou symptômes suivants, se développant dans l'heure qui suit :

- Nystagmus horizontal ou vertical;
- Hypertension ou tachycardie;
- Engourdissement ou diminution de la réponse à la douleur;
- Ataxie;
- Dysarthrie;
- Rigidité musculaire;
- Crises convulsives ou coma;
- Hyperacousie.

5.8.7. Intoxication par un autre hallucinogène :

Critères diagnostiques

Usage récent d'un hallucinogène.

Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (ex : anxiété ou dépression marquées, idées de référence, peur de devenir fou, mode de pensée persécutoire, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage d'un hallucinogène.

Altération des perceptions survenant en pleine conscience, dans un état de plein éveil (ex. : intensification subjective des perceptions, dépersonnalisation, déréalisation, illusions, hallucinations, synesthésies) qui se sont développées pendant ou peu après l'usage d'un hallucinogène.

Au moins deux des signes suivants se développant pendant ou peu après l'usage d'un hallucinogène :

- Dilatation pupillaire;
- Tachycardie;
- Transpiration;
- Palpitations;
- Vision trouble;
- Tremblements;
- Incoordination motrice.

5.8.8. Intoxication par des substances inhalées :

Critères diagnostiques

Usage intentionnel récent ou exposition accidentelle de courte durée aux substances inhalées à forte dose, incluant les hydrocarbures volatils comme le toluène ou l'essence.

Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (ex : bagarres, agressivité, apathie, altération du jugement) qui se sont développés pendant, ou peu après, l'exposition aux substances inhalées.

Au moins deux des signes ou symptômes suivants se développant pendant ou peu après l'usage ou l'exposition aux substances inhalées :

- Étourdissements;
- Nystagmus;
- Incoordination motrice;
- Discours bredouillant;
- Démarche ébrieuse;
- Léthargie;
- Diminution des réflexes;
- Ralentissement moteur;
- Tremblements;
- Faiblesse musculaire généralisée;
- Vision trouble ou diplopie;
- Stupeur ou coma;
- Euphorie.

5.8.9. Intoxication par un opiacé :

Critères diagnostiques

Usage récent d'un opiacé.

Troubles du comportement ou modifications psychologiques, cliniquement significatifs (ex. : euphorie initiale suivie par de l'apathie, dysphorie, agitation ou ralentissement moteur, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage d'un opiacé.

Constriction pupillaire (ou dilatation pupillaire due à l'anoxie en cas de surdose grave) et au moins un des signes ou symptômes suivants, se développant pendant ou peu après l'usage d'opiacés :

- Somnolence ou coma;
- Discours bredouillant;
- Altération de l'attention ou de la mémoire.

5.8.10. Sevrage d'un opiacé :

Critères diagnostiques

L'une ou l'autre des circonstances suivantes :

- Arrêt (ou réduction) d'un usage d'opiacés qui a été massif et prolongé (au moins plusieurs semaines);
- Administration d'un antagoniste opiacé après une période de l'usage d'opiacés.

Au moins trois des manifestations suivantes se développant de quelques minutes à quelques jours après l'arrêt ou la prise d'un antagoniste :

- Humeur dysphorique;
- Nausées ou vomissements;
- Douleurs musculaires;
- Larmoiement ou rhinorrhée;
- Dilatation pupillaire, chair de poule ou transpiration;
- Diarrhée;
- Bâillement;
- Fièvre;
- Insomnie.

Ces signes ou symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

5.8.11. Intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique :

Critères diagnostiques

Usage récent d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique.

Changements comportementaux ou psychologiques inadaptés, cliniquement significatifs (ex : comportement sexuel ou agressivité inappropriés, labilité de l'humeur, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique.

Au moins un des signes et symptômes suivants, se développant pendant ou peu après l'usage d'un sédatif, d'un hypnotique ou d'un anxiolytique :

- Discours bredouillant;
- Incoordination motrice;
- Démarche ébrieuse;
- Nystagmus;
- Altération cognitive (ex. : de l'attention ou de la mémoire);
- Stupeur ou coma.

5.8.12. Sevrage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique :

Critères diagnostiques

Arrêt (ou réduction d'un usage de sédatif, hypnotique ou anxiolytique qui a été massif ou prolongé.

Au moins deux des manifestations suivantes se développant de quelques heures à quelques jours après l'arrêt (ou la réduction) d'un usage de sédatif, hypnotique ou anxiolytique massif et prolongé :

- Hyperactivité neurovégétative (transpiration ou fréquence cardiaque supérieure à 100 battements/min);
- Tremblements des mains;
- Insomnie;
- Nausées ou vomissements;
- Hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives;
- Agitation psychomotrice;
- Anxiété;
- Crises convulsives de type grand mal.

Ces signes ou symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

5.8.13. Intoxication par un stimulant :

Critères diagnostiques

Usage récent d'une substance amphétaminique, de cocaïne ou d'un autre stimulant.

Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (ex : euphorie ou émoussement affectif, changements de la sociabilité, hypervigilance, sensibilité interpersonnelle, anxiété, tension ou colère, comportements stéréotypés, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage d'un stimulant.

Au moins deux des signes ou symptômes suivants, qui se développent durant ou peu de temps après l'usage du stimulant :

- Tachycardie ou bradycardie;
- Dilatation pupillaire;
- Augmentation ou diminution de la pression artérielle;
- Transpiration ou frissons;
- Nausées ou vomissements;
- Perte de poids avérée;
- Agitation ou ralentissement psychomoteur;
- Faiblesse musculaire, dépression respiratoire, douleurs thoraciques ou arythmies cardiaques;
- Confusion, crises convulsives, dyskinésies, dystonies ou coma.

5.8.14. Sevrage d'un stimulant :

Critères diagnostiques

Arrêt (ou réduction) de l'usage prolongé d'une substance amphétaminique, de cocaïne ou d'un autre stimulant.

Humeur dysphorique et deux (ou plus) des modifications physiologiques suivantes, apparaissant de quelques heures à plusieurs jours après l'arrêt ou la réduction :

- Épuisement;
- Rêves intenses et déplaisants;
- Insomnie ou hypersomnie;
- Augmentation de l'appétit;
- Agitation ou ralentissement psychomoteur.

Ces signes ou symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

5.8.15. Sevrage du tabac :

Critères diagnostiques

Usage quotidien de tabac pendant au moins plusieurs semaines.

Arrêt brutal de la consommation, ou réduction de la quantité de tabac utilisée, suivi, dans le 24 heures, d'au moins quatre des signes ou symptômes suivants :

- Irritabilité, frustration ou colère;
- Anxiété;
- Difficultés de concentration;
- Augmentation de l'appétit;
- Fébrilité;
- Humeur dépressive;
- Insomnie.

Ces signes ou symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

***** Se référer également au tableau synthèse sur les substances psychoactives du CRD le Virage disponible dans le cartable des annexes à la formation*****

Interventions infirmières

- Observez les symptômes physiques et neurologiques d'intoxication aiguë : troubles gastro-intestinaux, carence nutritionnelle, ataxie, dysarthrie, changement de l'état de conscience, confusion, hallucinations, dépression respiratoire, etc.
- Observez les signes de sevrage à l'alcool : tremblements, nausées, nervosité, tachycardie, hypertension, diaphorèse, hyperthermie, hyperactivité, insomnie, anorexie, faiblesse, désorientation.
- Surveillez les signes vitaux et signalez les anomalies.
- Surveillez les risques d'accident et prenez les mesures pour assurer la sécurité de la personne.
- Surveillez les signes de déshydratation reliée à l'alcool. Assurez un apport nutritionnel et liquidien adéquat.
- Observez les effets de la consommation sur la pathologie (aggravation des symptômes) et les refléter à l'usager au moment opportun dans un but de prise de conscience.
- Aidez l'usager à prendre conscience des effets néfastes de la consommation sur sa santé générale.
- Expliquez comment certaines substances peuvent neutraliser ou augmenter l'effet des médicaments, augmenter l'intensité des symptômes et même déclencher un épisode psychotique.
- Aidez l'usager à prendre conscience des raisons qui l'amènent à consommer. Aidez-le à trouver des moyens alternatifs à la consommation.
- Remplissez les formulaires de repérage CAGE-AID et LIE-BET.
- Donnez de l'information sur les ressources d'aide spécialisées telles que le CRD le Virage. Suggérez au médecin une consultation en service social pour bien évaluer la problématique et assurer la référence à une ressource adaptée : CRD (Virage), différents centres de traitement, etc.

Comorbidité des problèmes difficiles à évaluer

Les troubles psychiatriques aigus sont souvent associés à d'autres problèmes qui en accentuent la gravité et la complexité.

Citons, à titre d'exemple, les problèmes psychosociaux (pauvreté, problème d'hébergement, prostitution, etc.), les problèmes de dépendance à des substances psychotropes (alcoolisme, toxicomanie, etc.), les problèmes de comportement associés à des troubles de la personnalité ou à la déficience intellectuelle et les problèmes de santé physique.

Ainsi, la littérature sur ce sujet nous apprend que 40 % des personnes souffrant de troubles psychiatriques sont aussi atteintes de maladies physiques d'importance (troubles cardiaques, diabète, etc.) et que la condition physique peut contribuer à la détérioration de la condition psychiatrique, en compliquer le traitement ou en être la cause. Une évaluation physique pertinente de tous les patients qui consultent pour un problème de santé mentale est essentielle et trop souvent négligée.

Il est reconnu, par exemple, que « les personnes atteintes de maladie mentale grave ont un haut taux de comorbidité reliée à la toxicomanie. En l'absence d'un traitement approprié, la toxicomanie peut exacerber les maladies mentales et nuire à leur traitement ». On sait également que la comorbidité reliée à la toxicomanie peut occasionnellement constituer une raison de refuser de donner à la personne les soins dont elle a besoin ou constituer un motif pour l'hospitaliser rapidement, compte tenu du manque de ressources disponibles pour traiter ce type de problème.

6. ÉTAT MENTAL

L'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique constitue la compétence centrale et l'assise de l'exercice infirmier. Selon les résultats de son évaluation, l'infirmière détermine les constats qui requerront un suivi au plan thérapeutique infirmier. L'évaluation permet à l'infirmière de : aider l'équipe à clarifier le diagnostic, établir des priorités, adapter ses interventions, évaluer les résultats et réajuster le plan de traitement.

Ces informations peuvent généralement être obtenues par observation ou au cours d'une discussion durant un soin.

Ces informations sont généralement obtenues à l'aide de questions spécifiques.

APPARENCE	**DONNE DES INDICES SUR LA CAPACITÉ DE LA PERSONNE À PRENDRE SOIN D'ELLE, SON NIVEAU D'ORGANISATION, SA PERSONNALITÉ, VOIRE SES HABITUDES DE VIE.**
APPARENCE PHYSIQUE	Poids proportionnel, maigreur, obésité, paraît plus vieux, paraît plus jeune, malformation physique, signe distinctif, cicatrice, tatouage, marque d'automutilation
HABILLEMENT, TENUE	Jaquette d'hôpital, soigné, convenable, négligé, inapproprié
HYGIÈNE, MAQUILLAGE, CHEVEUX, ONGLES	Propre, négligé, extravagant, méticulosité excessive, odeur particulière
POSTURE	Droite, courbée, recroquevillée, décontractée, nonchalante, tendue
EXPRESSION FACIALE	Expressive, peu expressive, figée, souriante, perplexe, tendue
CONTACT VISUEL	Bon, fuyant, yeux clos, absent, fixe, confrontant
ATTITUDE	Coopérative, séductrice, arrogante, hostile, puérile, théâtrale, méfiante, irritable, désinhibée, familière, fermée, apathique, assurée, confiante, franche, authentique, respectueuse, nonchalante, provocatrice, clivage

COMPORTEMENT MOTEUR	**DONNE DES INDICES SUR LE NIVEAU D'ÉNERGIE, LA CONDITION NEUROLOGIQUE, LA PRÉSENCE D'INTOXICATION, LES EFFETS SECONDAIRES D'UNE MÉDICATION OU UNE PROBLÉMATIQUE PARTICULIÈRE.**
ACTIVITÉ MOTRICE	Normale, ralentissement psychomoteur, léthargie, akathisie, agitation psychomotrice, hyperactivité, catatonie
MOUVEMENTS ET GESTES	Souples, brusques, rigidité, tremblements, maniérisme, compulsifs, stéréotypés, écholalie, spasmes, grimaces, tics, échopraxie ou mimétisme
DÉMARCHE	Assurée, chancelante, à petits pas
PARTICULARITÉS	Adéquat, impulsivité, agressivité, passivité, désinhibition, imprévisibilité, méfiance, attitude d'écoute
SYMPTÔMES EXTRAPYRAMIDAUX	Dystonie, akathisie, pseudoparkinsonisme, dyskinésie tardive

LANGAGE	**DONNE DES INDICES SUR L'ÉTAT ÉMOTIONNEL DE LA PERSONNE ET LA CONDITION NEUROLOGIQUE.**
QUALITÉ	Articulé, peu loquace, spontané, pressé, monotone, volubile, stéréotypé, logorrhée
VOCABULAIRE	Approprié, pauvre, recherché, coprolalie
DÉBIT	Régulier, lent, hésitant, rapide
VOLUME	Adéquat, faible, élevé, chuchotement
PARTICULARITÉS	Soliloque, aphasie, mutisme, bégaiement, difficulté d'élocution, délai de réponse, écholalie

ÉTAT ÉMOTIONNEL	DONNE DES INDICES SUR L'ÉTAT ÉMOTIONNEL DE LA PERSONNE (HUMEUR) ET LA FAÇON DONT ELLE LE MANIFESTE (AFFECT).
HUMEUR	Euthymique, cyclique, indifférente, triste, déprimée, anxieuse, enthousiaste, exaltée, euphorique, irritable, colérique, labile, anhédonie, anxieuse
AFFECT	Concordant, discordant ou inapproprié, plat, restreint, émoussé, expansif, mobilisable, non mobilisable, labile, hyperéactif, préoccupé, syntone, triste, dégagé

OPÉRATIONS DE LA PENSÉE	DONNE DES INDICES SUR CE QUI PRÉOCCUPE LA PERSONNE, LA FAÇON DONT ELLE ORGANISE OU TRANSMET SES IDÉES ET SI SES PENSÉES SONT COHÉRENTES AVEC LA RÉALITÉ.
COURS/PROCESSUS DE LA PENSÉE	Pensée : Cohérente, incohérente, circonstanciée, tangentielle, hermétique, concrète, dichotomique Ralentissement, accélération, fuite des idées, écholalie, néologisme, blocage, logorrhée, salade de mots, relâchement des associations, persévération, coq-à-l'âne, pauvreté du discours, association par assonance
CONTENU	Préoccupations, désespoir, compulsions, ruminations, dévalorisation, phobies, découragement, obsessions, méfiance, pensée magique, culpabilité, idées surinvesties
IDÉES DÉLIRANTES	Aucune, de grandeur, de contrôle ou d'influence, de persécution, de référence, mystiques ou religieuses, somatiques, érotomaniaques, diffusion, lecture de pensées, de jalousie

PERCEPTIONS	LES TROUBLES PERCEPTUELS SONT PARFOIS PRÉSENTS DANS LA SCHIZOPHRÉNIE, MAIS PEUVENT ÉGALEMENT SURVENIR DANS LA DÉPRESSION, LE DÉLIRIUM, L'INTOXICATION, LE SEVRAGE OU L'ÉTAT DE MANIE.
HALLUCINATIONS	Aucune, auditives, visuelles, olfactives, gustatives, tactiles, cinesthésiques ou kinesthésiques
AUTRES TROUBLES PERCEPTUELS	Aucun, illusions, dissociation, déréalisation, dépersonnalisation

FONCTIONS COGNITIVES	LES FONCTIONS COGNITIVES PERMETTRENT D'INTÉGRER ET D'INTERPRÉTER LES INFORMATIONS, DE COMMUNIQUER CLAIREMENT NOS BESOINS ET D'INTERAGIR AVEC AUTRUI.
NIVEAU DE CONSCIENCE	Alerte, hyperalerte, léthargique, stuporeux, comateux
ORIENTATION : ESPACE, TEMPS, PERSONNE	Orienté, hésitant, désorienté
MÉMOIRE : IMMÉDIATE, RÉCENTE, ANCIENNE	Intacte, altérée, amnésie
ATTENTION	Intacte, distraite, altérée
CONCENTRATION	Intacte, altérée
JUGEMENT	Préservé, absent, altéré
AUTOCRITIQUE	Bonne, partielle, superficielle, absente

7. MÉDICATION ET TRAITEMENTS UTILISÉS EN PSYCHIATRIE

Il est important de remettre en question la prise de la médication, car il s'agit bien souvent d'un motif expliquant le retour des symptômes pour la clientèle en santé mentale. La supervision de l'administration de la médication pour l'usager sous vos soins est par conséquent primordiale. Pour ce faire, quelques interventions sont à privilégier :

Demeurer avec l'usager et discuter avec lui;

- Donner un grand verre d'eau et l'inciter à en boire une grande quantité;
- Être vigilant aux comportements pouvant témoigner du rejet de la médication : usager qui se rend à la toilette, tousse ou utilise un mouchoir, met fin à la conversation, modification de l'élocution, etc.

Classe : Antidépresseurs		
Augmentent la disponibilité des neurotransmetteurs* Utilisés dans le traitement du trouble dépressif et de certains troubles anxieux ***Voir particularités au bas du tableau***		
Noms commerciaux et génériques	**Principaux effets secondaires**	**Indications cliniques et spécificités**
Prozac (Fluoxétine) *sérotonine	Nausées, étourdissements, céphalées, somnolence, xérostomie, anorexie, insomnie, troubles sexuels.	- Traitement du trouble dépressif, de la boulimie, du trouble panique, du TOC et du PTSD.
Celexa (Citalopram) *sérotonine	Nausées, somnolence, xérostomie, anorexie, agitation, troubles sexuels, céphalées. Allongement de l'intervalle QT pouvant induire des arythmies (torsades de pointes).	- Traitement du trouble dépressif et du trouble panique.
Zoloft (Sertraline) *sérotonine	Céphalées, nausées, xérostomie, diarrhée, anorexie, somnolence, étourdissements, insomnie, troubles sexuels, tremblements.	- Traitement du trouble dépressif, du TOC, du trouble panique, de la phobie sociale, du TAG et du PTSD.
Paxil (Paroxétine) *sérotonine	Nausées, somnolence, transpiration, tremblements, étourdissements, xérostomie, insomnie, constipation, diarrhée, anorexie, troubles sexuels.	- Traitement du trouble dépressif, du TOC, du trouble panique, de la phobie sociale, du TAG et PTSD. * Sevrage à surveiller lors d'un arrêt brusque.
Luvox (Fluvoxamine) *sérotonine	Nausées, constipation, diarrhée, anorexie, dyspepsie, troubles du sommeil, xérostomie, tremblements, étourdissements, céphalées, anxiété, transpiration excessive, troubles sexuels.	- Traitement du trouble dépressif, du TOC, de la phobie sociale et du trouble panique. - Augmente les taux sériques de la Clozapine.

Classe : Antidépresseurs (suite)		
Noms commerciaux et génériques	**Principaux effets secondaires**	**Indications cliniques et spécificités**
Cipralex (Escitalopram) *sérotonine	Diarrhée, nausées, insomnie, xérostomie, étourdissements, absence d'éjaculation, nasopharyngite, constipation, dyspepsie.	- Traitement du trouble dépressif, du TAG, du TOC, de la phobie sociale et du trouble panique.
Effexor (Venlafaxine) *sérotonine et noradrénaline	Rêves anormaux, anorexie, étourdissements, xérostomie, nausées, nervosité, somnolence, transpiration, tremblements, troubles sexuels. HTA à surveiller à hautes doses.	- Traitement du trouble dépressif, du TAG, de la phobie sociale et du trouble panique et PTSD. * Sevrage à surveiller lors d'un arrêt brusque.
Pristiq (Desvenlafaxine) *sérotonine et noradrénaline	Nausées, constipation, xérostomie, fatigue, anorexie, étourdissements, insomnie, transpiration, troubles sexuels.	- Traitement du trouble dépressif.
Cymbalta (Duloxétine) *sérotonine et noradrénaline	Céphalées, somnolence, nausées, xérostomie, anorexie, constipation, troubles sexuels.	- Traitement du trouble dépressif et du TAG. - Traitement des douleurs neuropathiques.
Remeron (Mirtazapine) *sérotonine et noradrénaline	Augmentation de l'appétit, gain pondéral, somnolence, étourdissement.	- Traitement du trouble dépressif.
Wellbutrin (Bupropion) *noradrénaline et dopamine	Céphalées, xérostomie, nausées, constipation, insomnie, étourdissements, tremblements, bourdonnements d'oreilles. Peu d'effet sur le poids. Effet activateur. Absence d'effet secondaire sexuel.	- Traitement du trouble dépressif et du trouble dépressif saisonnier. - Aide à l'arrêt tabagique.
Trintellix (Vortioxétine) *sérotonine	Nausées, vomissements, constipation.	- Traitement du trouble dépressif.

Classe : Antipsychotiques de 1re génération		
Bloquent les récepteurs dopaminergiques post-synaptiques, ce qui induit une diminution de la dopamine. N'étant pas spécifique à une région du cerveau, cela induit les effets bénéfiques, mais aussi, les effets secondaires Utilisés dans le traitement de la schizophrénie, du trouble schizo-affectif, du trouble délirant et de la dépression psychotique.		
Noms commerciaux et génériques	**Principaux effets secondaires**	**Indications cliniques et spécificités**
Haldol (Halopéridol)	Symptômes extrapyramidaux (dystonie, akathisie, parkinsonisme, dyskinésie tardive), Sédation.	Disponible action prolongée (IM) : Haldol LA
Clopixol (Zuclopenthixol)		Disponible action prolongée (IM) : Clopixol Dépôt et contention chimique : Clopixol Acuphase
Stelazine (Trifluopérazine)		
Modecate-Moditen (Fluphénazine)		Disponible action prolongée (IM) : Modecate
Loxapac (Loxapine)		

Classe : Antipsychotiques atypiques ou de 2e-3e génération		
En plus de bloquer les récepteurs dopaminergiques, ils bloquent certains récepteurs de la sérotonine. Ils produisent un effet plus nuancé, car ils ont généralement moins d'affinité pour les récepteurs de la dopamine. Utilisés dans le traitement de la schizophrénie, du trouble dépressif, du trouble schizo-affectif, du trouble bipolaire, du trouble délirant, de la dépression psychotique et de plus en plus comme adjuvant pour le trouble dépressif et les troubles anxieux.		
Noms commerciaux et génériques	**Principaux effets secondaires**	**Indications cliniques et spécificités**
Saphris (Asénapine)	Étourdissements, insomnie, somnolence, hypoesthésie et paresthésie buccales.	
Clozaril (Clozapine)	Agranulocytose, constipation, sialorrhée, sédation, étourdissements, hypotension orthostatique, rétention urinaire, tachycardie, myocardite.	***Voir particularités au bas du tableau*** - Utilisé pour la schizophrénie réfractaire.
Latuda (Lurasidone)	Akathisie et parkinsonisme, insomnie, nausées, somnolence, hypotension orthostatique.	* Doit être pris en mangeant pour assurer son absorption.
Zyprexa (Olanzapine)	Augmentation de l'appétit et gain pondéral, étourdissements, fatigue, hypotension.	

Classe : Antipsychotiques atypiques ou de 2e-3e génération		
Noms commerciaux et génériques	**Principaux effets secondaires**	**Indications cliniques et spécificités**
Invega (Palipéridone)	Céphalées, somnolence, hypotension orthostatique, tachycardie, hyperprolactinémie.	Disponible action prolongée (IM) : Invega Sustenna (q 28 jrs) et Invega Trinza (q 3 mois).
Seroquel (Quétiapine)	Céphalées, constipation, somnolence, vision trouble, xérostomie, étourdissements, gain pondéral.	Utilisé pour la schizophrénie, le trouble dépressif et le trouble bipolaire. À petites doses, peut être pris pour calmer l'anxiété et induire le sommeil.
Risperdal (Risperidone)	Agitation, anxiété, céphalées, insomnie, tremblements, raideurs musculaires, hyperprolactinémie.	Disponible action prolongée (IM) : Risperdal Consta.
Zeldox (Ziprasidone)	Céphalées, étourdissements, somnolence.	* Doit être pris en mangeant pour assurer son absorption.
Abilify (Aripiprazole) (Agoniste dopaminergique)	Insomnie, gain ou perte de poids, impression d'agitation (akathisie), céphalées, anxiété, somnolence, diarrhée, nausées, vomissements, tremblements, étourdissements.	Disponible action prolongée (IM) : Abilify maintena.
Rexulti (Brexpiprazole) (Agoniste dopaminergique)	Céphalées, rhinopharyngite, gain ou perte de poids, akathisie, agitation, somnolence, constipation.	Schizophrénie et en association avec un antidépresseur pour le traitement d'un trouble dépressif majeur.

Classe : Antipsychotiques à action prolongée (APAP) de 2e et 3e génération				
	Rispéridone	**Aripiprazole**	**Palmitate de palipéridone**	
	Risperdal Consta	**Abilify Maintena**	**Invega Sustenna**	**Invega Trinza**
Forme posologique	Suspension injectable à libération prolongée	Suspension injectable à libération prolongée	Suspension injectable à libération prolongée	Suspension injectable à libération prolongée
Posologie	q 2 semaines	q 1 mois	q 1 mois	q 3 mois
Administration	Muscle fessier ou deltoïde	Muscle fessier ou deltoïde	Muscle fessier ou deltoïde	Muscle fessier ou deltoïde
Doses disponibles	12,5 mg 25 mg 37,5 mg 50 mg	300 mg 400 mg	50 mg 75 mg 100 mg 150 mg	175 mg 262,5 mg 350 mg 525 mg

Classe : Stabilisateurs de l'humeur		
Mécanismes d'action incertains. L'Épival, le Lamictal, le Neurontin et le Tégrétol agiraient sur les canaux ioniques (Na, K, Ca) ainsi que sur les neurotransmetteurs GABA. Traitement des épisodes maniaques, dépressifs et d'entretien du trouble bipolaire.		
Noms commerciaux et génériques	**Principaux effets secondaires**	**Indications cliniques et spécificités**
Lithium (Carbolith)	Céphalées, xérostomie, soif, léger tremblement des mains, polyurie, gain pondéral, hypothyroïdie. Intoxication possible (volontaire ou involontaire) surtout si prise d'antihypertenseurs ou d'anti-inflammatoire de façon concomitante.	***Voir particularités au bas du tableau***
Épival (Divalproex)	Sédation, étourdissements, vision trouble, tremblements, nausées, gain pondéral, nausées, vomissements, alopécie, syndrome ovaires polykystiques, thrombocytopénie, hyperammoniémie, pancréatite, hépatotoxicité. Risque de saignements prolongés.	Suivi sanguin nécessaire : FSC, bilan hépatique, épivalémie.
Lamictal (Lamotrigine)	Céphalées, étourdissements, fatigue, somnolence, troubles gastro-intestinaux, vision trouble, dyscrasies sanguines. Risque d'éruption cutanée bénigne et grave.	Doit être débuté progressivement avec de petites doses pour éviter le risque d'éruption cutanée grave.
Neurontin (Gabapentin)	Sédation, tremblements, xérostomie, constipation.	
Tégrétol (Carbamazepine)	Sédation, tremblements, ataxie, paresthésies, étourdissements, vision trouble, nausées et vomissements, hyponatrémie, hypothyroïdie, SIADH.	Dosage sanguin disponible. * Risque d'agranulocytose : ne doit jamais être donné avec la Clozapine.
Topamax (Topiramate)	Anxiété, ataxie, confusion et problèmes cognitifs, étourdissements, fatigue, hypertension artérielle, hypotension orthostatique et perte de poids (parfois utilisé à cette fin).	

Classe : Anxiolytiques (Benzodiazépines)		
Augmentent l'activité du GABA, ce qui a pour effet de diminuer l'activité neuronale au niveau du SNC.		
Noms commerciaux et génériques	**Principaux effets secondaires**	**Indications cliniques et spécificités**
Xanax (Alprazolam) Valium (Diazépam) Ativan (Lorazépam) Serax (Oxazépam) Dalmane (Flurazépam) Rivotril (Clonazépam) Restoril (Temazépam)	Dépendance, tolérance, étourdissements, perturbations cognitives (troubles de mémoire), réduction de la coordination avec risque de chute, somnolence.	Traitement de l'akathisie (Clonazépam et Lorazepam), de l'anxiété et des différents troubles anxieux, de l'insomnie, du sevrage de l'alcool. * Risque de sevrage lors d'un arrêt brusque.

Classe : Anticholinergiques		
Noms commerciaux et génériques	**Principaux effets secondaires**	**Indications cliniques et spécificités**
Cogentin (Benztropine) Kemadrin (Procyclidine)	Xérostomie, constipation, étourdissements, sécheresse de la peau, vision trouble, rétention urinaire.	Traitement de la dystonie et du parkinsonisme.

Classe : Antihypertenseur, bêta-bloquant		
Noms commerciaux et génériques	**Principaux effets secondaires**	**Indications cliniques et spécificités**
Inderal (Propanolol)	Étourdissements, fatigue, trouble du sommeil, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, œdème des extrémités.	Traitement des tremblements, de l'akathisie et du parkinsonisme. * Ne doit pas être utilisé pour la dystonie aiguë.

Particularités des antidépresseurs

Les antidépresseurs peuvent prendre de 2 à 6 semaines afin de produire leur effet optimal.

Ils ne doivent pas être prescrits en monothérapie pour le trouble bipolaire en raison du risque de voir se développer une manie ou une hypomanie. Employés en association avec un stabilisateur d'humeur ou un antipsychotique atypique, ils doivent être associés à un suivi régulier et cessés graduellement 6-8 semaines après la rémission, car le risque est moindre, mais toujours présent.

Lorsqu'on commence un traitement antidépresseur, on doit demeurer vigilant face aux idées suicidaires. La personne peut observer rapidement une hausse de son énergie tout en conservant son désespoir et ses idées suicidaires, ce qui peut mener à un geste suicidaire. Les études ont démontré une hausse des idées et des gestes suicidaires (sans hausse de mortalité) avec les ISRS chez les gens de 15-24 ans.

Les antidépresseurs ne causent pas de dépendance. Toutefois, l'arrêt brusque peut entraîner des symptômes de retrait tels que nausées, céphalées, étourdissements et malaise généralisé.

Particularité liée à la Clozapine (Clozaril)

Principaux effets secondaires : Agranulocytose, constipation, iléus, somnolence, convulsions, syndrome métabolique, hypotension orthostatique, myocardite et myopathie, rétention urinaire, énurésie, tachycardie, sialorrhée.

Interactions à surveiller : La fumée de cigarette diminue l'efficacité de la Clozapine et la caféine l'augmente.

Protocole de surveillance :

- L'usager devra effectuer une FSC q semaine pendant 6 mois, q 2 semaines pendant les 6 mois suivants et une q 4 semaines durant tout le traitement sous Clozapine. La surveillance hématologique peut être resserrée selon le protocole.
- La Clozapine est introduite progressivement, généralement par tranche de 12,5 ou 25 mg die. Durant le traitement, si la Clozapine est cessée plus de 48 à 72 heures, on doit reprendre l'introduction du début et la surveillance hématologique q semaine sera prolongée;
- Si le client présente des symptômes pseudo-grippaux ou de la fièvre, une FSC doit être effectuée selon le protocole afin de vérifier si présence d'agranulocytose;
- Les résultats des FSC sont transmis à la compagnie pharmaceutique par l'équipe traitante. Ainsi, au congé de l'hôpital, les intervenants du suivi externe doivent être avisés;
- Si l'usager fume et n'a plus accès à ses cigarettes (par exemple, s'il est hospitalisé sans sortie), la dose de Clozapine doit être abaissée (ou minimalement monitorée) dans les jours suivant l'arrêt de tabac pour éviter une intoxication à la Clozapine. L'utilisation de gommes ou de timbres de nicotine n'a aucun effet sur le niveau sanguin de Clozapine.

Particularités du lithium

Principaux effets secondaires : augmentation de la soif et du besoin d'uriner, léger tremblement des mains, nausées, gain de poids.

Surveillance hématologique :

- La lithémie est la concentration de lithium dans le sang. On l'utilise pour ajuster le traitement et prévenir la toxicité dans la phase de maintien (généralement q 3-6 mois);
- Dose plasmatique thérapeutique entre 0,6 et 1,2 mmol/L selon l'état du patient et le contexte d'utilisation (manie, dépression, phase de maintien). Visée de 0,4 à 0,6 pour la personne âgée;
- Le contrôle de la lithémie doit se faire 12 heures après la dernière prise de lithium afin d'obtenir une valeur fiable.

Symptômes d'intoxication : Difficultés à s'orienter, troubles d'élocution, vomissements, forte diarrhée, vertiges et tremblements importants.

Interventions en cas de symptômes de toxicité :

- Informer le médecin traitant;
- Contrôler la lithémie avec l'ordonnance médicale;
- Interrompre l'administration de lithium jusqu'au résultat de la lithémie ou selon les directives du médecin;
- Encourager le client à bien s'hydrater. Surveiller tout élément qui pourrait induire une déshydratation : diarrhée, vomissement, effort physique soutenu, chaleur excessive;
- Surveiller l'état de conscience.

Particularités de la médication administrée au besoin (PRN)

L'évaluation rigoureuse de la situation afin de déceler les signes et symptômes pour lesquels une médication prescrite au besoin est incontournable. De ce fait, plusieurs problématiques doivent être identifiées telles que l'anxiété, l'agitation psychomotrice, les symptômes psychotiques, les effets extrapyramidaux, les troubles du sommeil et la douleur. L'identification précoce des signes avant-coureurs permet d'agir rapidement sur la détresse vécue et ainsi éviter l'escalade. Lorsqu'une médication pour la douleur est administrée dès son apparition, on observe une meilleure efficacité de celle-ci. Il en est de même pour les symptômes psychologiques.

Lors d'une intervention en situation de crise, les intervenants doivent tenter de préserver au maximum l'autonomie et la dignité de la personne. L'obtention du consentement de la personne sera recherchée et des choix d'interventions peuvent lui être proposés selon la situation. Par exemple, l'infirmière peut offrir le choix de la voie d'administration du médicament si l'usager demeure collaborant (per os ou IM). Il s'agit d'une intervention « choix, pas de choix ».

Lorsqu'une médication au besoin est administrée, l'infirmière doit effectuer une surveillance clinique de l'usager, en collaboration avec l'équipe de soins. Celle-ci comportera :

- L'évaluation de l'état mental;
- L'efficacité de la médication;
- La présence d'effets secondaires : somnolence, raideurs, akathisie, etc.

La sismothérapie

L'électroconvulsivothérapie est un traitement qui comprend un bref stimulus électrique, contrôlé, appliqué sur le cerveau, afin de provoquer une convulsion épileptique tonicoclonique, ce qui modifie la chimie du cerveau et améliore l'état de l'humeur.

Mécanismes d'action :

Le mécanisme d'action précis demeure obscur. Selon certaines recherches, la stimulation électrique provoquerait une augmentation sensible des niveaux de plusieurs neurotransmetteurs, notamment de la sérotonine, de la noradrénaline et de la dopamine.

Indications :

La sismothérapie, ou traitement par électrochocs, est efficace chez les personnes ayant :

- des idéations et des comportements suicidaires graves ;
- un trouble dépressif réfractaire au traitement pharmacologique ou une intolérance à celui-ci (trouble dépressif caractérisé ou dépression atypique, bipolaire ou psychotique);
- souffrance psychique ou détérioration physique marquée (ex : déséquilibre hydrique ou électrolytique en raison de l'incapacité de manger ou de boire) et qui nécessite un début d'effet thérapeutique rapide.

Les crises de manie sont occasionnellement traitées par électrochocs lorsque la médication n'offre pas les résultats escomptés.

Les effets secondaires :

Les effets secondaires les plus courants sont une perte de mémoire passagère et de la confusion mentale. De nombreuses études ont démontré que la sismothérapie engendrait très peu de détérioration cognitive ou neuropsychologique permanente.

Le taux de mortalité découlant de la sismothérapie est d'environ 0.01%. Même s'ils se produisent rarement, les décès seraient causés principalement par des complications cardiovasculaires comme par exemple, un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral ou une fibrillation ventriculaire.

La stimulation magnétique transcrânienne

La stimulation magnétique transcrânienne est une intervention non invasive qui consiste à placer un électroaimant sur le cuir chevelu. Le courant électrique est généré au moyen d'oscillations rapides dans le champ magnétique, ce qui provoque la dépolarisation des neurones corticaux. Bien que le mode d'action précis de ses effets antidépresseurs demeure inconnu, cette intervention peut augmenter les concentrations de monoamine dans le cerveau lorsqu'elle est effectuée à plusieurs reprises.

Mécanismes d'action :

La SMTr stimule les neurones et augmente leur métabolisme et leur excitabilité. De plus, certains neurotransmetteurs, tels que la dopamine et la sérotonine sont modulés. À l'aide d'une bobine appliquée sur le cuir chevelu, des impulsions magnétiques sont émises. Ces impulsions envoient des courants électriques au niveau des neurones de la région visée du cerveau.

Indications :

La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr), est efficace chez les personnes ayant plusieurs maladies psychiatriques, telles que :

- la dépression;
- les troubles anxieux ;
- le trouble obsessionnel compulsif;
- les hallucinations auditives réfractaires;
- la dépendance.

Les effets secondaires :

La SMTr est considérée comme une technique sécuritaire. Les effets secondaires sont rares et peuvent inclure :

- des céphalées;
- une douleur sur le cuir chevelu autour du l'emplacement de la bobine, si une stimulation de haute intensité est utilisée;
- une douleur de courte durée au cou;
- une douleur aux yeux,
- une douleur aux dents;
- des spasmes musculaires;
- une perte de sensibilité auditive est possible si l'usager n'utilise pas de protections (bouchons pour les oreilles);
- une détérioration de l'état dépressif;
- des symptômes d'hypomanie.

8. EFFETS SECONDAIRES ASSOCIÉS À LA MÉDICATION

Afin d'effectuer une évaluation complète de la situation, lorsque l'infirmière qui observe des manifestations s'apparentant à des effets secondaires à la médication, elle doit vérifier :

- la médication récemment administrée
- le moment de la prise de dernière dose de médication
- la date d'introduction d'un nouveau médicament ou du dernier changement dans le dosage
- la dose reçue

8.1 Syndrome métabolique

Le syndrome métabolique n'est pas un diagnostic en soi, mais une association d'anomalies métaboliques et est associé à la prise d'antipsychotiques atypiques. Il prédispose au diabète de type 2 et aux maladies cardiovasculaires.

Il se caractérise par une combinaison de valeurs anormales (au moins 3 des 5 critères suivants) :

- Obésité abdominale ou tour de taille élevé :
  - Hommes : supérieur à 102 cm ou 40 po,
  - Femmes : supérieur à 88 cm ou 35 po;
- Tension artérielle élevée, supérieure ou égale à 130/85 (ou traitement antihypertenseur);
- Triglycérides élevés, supérieurs ou égaux à 1,7 mmol/L (ou traitement contre l'hypertriglycéridémie);
- Faible taux des HDL (ou traitement pour traiter un faible taux de HDL) :
  - Hommes : inférieur à 1,03 mmol/L,
  - Femmes : inférieur à 1,3 mmol/L;
- Glycémie élevée supérieure ou égale à 5,6 mmol/L.

8.2 Symptômes extrapyramidaux

Type	Symptômes et traitement	Délai d'apparition	Facteurs de risque
Dystonie	Spasmes et torsions musculaires, souvent au niveau du visage et du cou, associés à une anxiété aiguë ou une réaction de panique. Traitement possible.	Généralement dans les 5 premiers jours de traitement avec un antipsychotique.	Jeunes hommes, patients n'ayant jamais reçu d'antipsychotique, usage récent de cocaïne, ATCD dystonie, personnes asiatiques, hyperthyroidie, troubles électrolytiques.
Akathisie	Impossibilité de rester en place, besoin irrésistible de bouger, irritabilité, agitation. Traitement possible.	De quelques heures à quelques jours suivant l'introduction d'un antipsychotique.	Femmes âge moyen, consommation importante de caféine, anxiété, anémie microcytaire, trouble de l'humeur, prise ISRS.
Parkinsonisme	Rigidité, faciès en masque, tremblements, bradykinésie, akinésie, instabilité posturale, hypersalivation. Traitement possible.	Dans le premier mois de traitement avec un antipsychotique.	Femmes âgées, maladie neurologique concomitante.
Dyskinésie tardive	Mouvements involontaires du visage, des lèvres, de la mâchoire, de la langue, des yeux, du cou, des membres et du tronc. Aucun traitement efficace.	Après plusieurs mois à plusieurs années de traitement avec un antipsychotique.	Femmes âgées, patients ayant présentés des SEP, usage chronique d'antipsychotique, personne de race noire, DI, trouble affectif, troubles cognitifs, diabète.

8.3 Syndrome malin des neuroleptiques

Il s'agit d'une condition rare mais potentiellement fatale (de 10 à 25% selon les auteurs), qui doit toujours être considérée très sérieusement. Une intervention précoce améliore le pronostic et diminue la morbidité et la mortalité, d'où l'importance pour l'infirmière de déceler les signes et symptômes.

C'est un état d'hypermétabolisme systémique causé par un effet toxique des neuroleptiques. Il survient au début du traitement par les neuroleptiques mais aussi, plus rarement, en cours de traitement.

Tout patient recevant des neuroleptiques, particulièrement des antipsychotiques de 1ère génération sont à risque de présenter ce syndrome. Ce problème touche plus les hommes que les femmes et survient plus souvent lorsqu'il y a augmentation rapide du dosage en début de traitement.

Tableau clinique :

1. Altération de l'état de conscience :

Habituellement le premier symptôme est un changement de l'état mental

- Syndrome confusionnel
- Léthargie
- État comateux

2. Anomalies motrices: provient de l'inhibition du système dopaminergique

- Rigidité musculaire sévère et généralisée
- Tremblements

3. Hyperthermie

- Température > 38°C et souvent >40°C

4. Hyperactivité du système neurovégétatif

- Tachycardie
- Tachypnée
- Trouble du rythme
- HTA labile

9. ÉVALUATION DES RISQUES

9.1. Évaluation du risque de potentiel de dangerosité

Facteurs de risque de violence :

- Jeune adulte (15-35 ans) de sexe masculin, faible statut socio-économique.
- États émotionnels négatifs : Frustration, irritabilité, colère, désespoir, jalousie morbide.
- Caractéristiques de la personnalité : méfiance, impulsivité, projection sur autrui, personnalité antisociale, limite, paranoïde, narcissique.
- Symptômes et troubles psychotiques : délire et hallucinations.
- Comportements : non-observance au traitement.
- Antécédents personnels judiciaires.
- Histoire personnelle : abus, violence, maltraitance dans l'enfance.
- Stresseurs actuels : Instabilité, conflit interpersonnel.
- Consommation d'alcool et de drogues.

Identification des signes précurseurs de comportements agressifs :

Sphère comportementale :

- Expression faciale tendue ou irritée.
- Augmentation ou arrêt soudain de l'agitation psychomotrice.
- Augmentation du volume et du débit verbal.
- Contact visuel prolongé ou évitement du regard.
- Menaces verbales ou comportementales.
- Similarités entre les comportements présentés et ceux répertoriés lors d'un épisode précédent d'agressivité.

Sphère physique :

- Modification des paramètres physiologiques : augmentation de la fréquence respiratoire et cardiaque, des contractions musculaires et de la dilatation des pupilles.

Sphère émotionnelle :

- Sentiments exprimés : colère, hostilité, anxiété extrême ou irritabilité.
- Humeur labile.
- Euphorie excessive et inappropriée.

Sphère cognitive :

- Processus de la pensée peu clair.
- Hallucination ou illusion avec contenu violent.
- Confusion, désorientation ou altération de la mémoire.

Fondements de l'approche Oméga :

- Se protéger : distance sécuritaire, équipe de soutien, communication efficace.
- Évaluer : sa situation de travail, le client, ses propres forces et limites.
- Prévoir : le besoin d'aide, l'intervention à effectuer, les issues possibles.
- Prendre le temps : d'écouter, d'attendre l'aide, de consulter le PI et de communiquer.
- Se centrer sur la personne : son vécu, le contenu de son discours, sa sécurité et les autres personnes présentes.

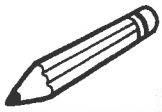
Interventions de pacification

- Bougez lentement en évitant les gestes brusques.
- Maintenez une distance sécuritaire de base soit 2 à 2,5 mètres ou plus.
- Tenez vos mains ouvertes devant vous, à la hauteur du thorax.
- Placez-vous de biais, évitez le face-à-face.
- Adoptez un ton calme et respectueux.
- Centrez-vous sur le client et amorcez la pacification par une phrase d'introduction simple et respectueuse : **« Ça va pas ? »**
- Ne lui demandez pas de se calmer, n'essayez pas de la raisonner, ne commentez pas ses comportements et ne vous justifiez pas, parlez peu.
- Encouragez le client à s'exprimer sans restriction. Il vous percevra comme un témoin respectueux et votre sécurité en sera accrue.
- Quand il aura évacué la plus grande partie de sa tension, vous pourrez l'aider à trouver une solution, un compromis acceptable ou lui demander quelque chose.

RELATION INTERPERSONNELLE
INCIDENTS AVEC CONFRONTATION
INCIDENTS SANS CONFRONTATION
8 MENACE EXCEPTIONNELLE
7 ASSAUT GRAVE
6 AGRESSION PHYSIQUE
5 RÉSISTANCE ACTIVE
4 INTIMIDATION PSYCHOLOGIQUE
D DESTRUCTEUR
3 RÉFRACTAIRE
2 COLLABORATION CONDITIONNELLE
1 TENSION ÉMOTIVE
DESCRIPTION
INTERVENTION
OBSERVER / JAUGER / ANTICIPER
Prise d'otage*, menace avec une arme.
Gagner du temps, négocier, sécuriser secteur et limiter espace, l'équipe tactique, 911 ou code local.
Gestes posés pour blesser, estropier et pouvant être mortels.
Gestes posés pour stopper l'action avec la force jugée nécessaire.
Tiraille, gifle, pince, mord, griffe, tire cheveux.
Gestion physique de crise, techniques de dégagement et/ou de contrôle.
Opposition dirigée contre le geste et non contre la personne.
Restriction gestuelle progressive, dégagement.
Attitudes de dominant, gestes, paroles, menaces.
Désamorcer, réévaluer, refocalisation, repli stratégique
Lance ou brise des objets.
Priorité de protection des personnes limiter la source d'approvisionnement.
Non, non, non, sourde oreille, ignore la demande.
Consignes claires, rappels et application des conséquences.
Oui, mais...
Évaluer l'argumentation, favoriser entente mutuelle.
Anxiété, pleurs, retrait...
Écouter, rassurer.
PACIFICATION
* La personne prise en otage doit garder son calme, parler si elle peut, négocier si elle peut et établir un lien si elle peut.

Autres interventions infirmières :

- Intervenir le plus tôt possible afin d'éviter l'escalade.
- Ne pas surprendre la personne ou la faire sursauter. Établir d'abord un contact visuel, puis verbal.
- Après votre évaluation, informez l'équipe de soins du potentiel de dangerosité de la personne.
- Assurez la sécurité de l'usager et du personnel en inspectant et en retirant de son environnement les objets potentiellement dangereux.
- Établissez un contrat de non-passage à l'acte dans lequel l'usager s'engage à aviser le personnel s'il se sent moins bien pour obtenir de l'aide à ce moment précis.
- Expliquez clairement à l'usager le comportement attendu et informez-le des conséquences si perte de contrôle ou excès de colère.
- Aidez la personne à identifier les facteurs déclenchants et discute de la pertinence et des conséquences de ses réactions.
- Encouragez l'usager à exprimer ses émotions de façon verbale. Posez des questions ouvertes et utilisez les reflets. Permettez-lui de verbaliser ses frustrations.
- Offrez l'aide requise pour l'agitation : moyens alternatifs, diminuer les stimuli, administrer une médication prn, etc.
- Lorsque l'usager est calme, aidez-le à identifier des manières plus saines d'exprimer sa colère.
- Suggérez une consultation en service social pour une référence dans une ressource communautaire adaptée ex : Entraide pour hommes, réseau hommes Québec, etc.
- En prévision du congé, orientez la personne vers des activités permettant de libérer la tension (activité physique, défoulement dans une pièce ou moyen sécuritaire).



Principaux éléments à consigner au dossier de la personne avec un potentiel de dangerosité

- Évaluation de la condition physique et mentale de la personne : description du comportement, du niveau de collaboration, des propos et des symptômes de l'usager.
- Le ou les éléments déclencheurs.
- Interventions et ajustement du niveau de surveillance.
- Résultats de l'intervention.
- Réévaluation de l'usager.
- Ajustement du PTI en fonction des constats jugés prioritaires et des directives infirmières essentielles précisant les signes à observer, le niveau de surveillance, et les directives données à l'équipe soignante.

9.2. Évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire

Épidémiologie :

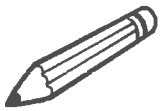
- Les taux de suicide sont de 3 à 4 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes.
- La deuxième cause de décès chez les 15-24 ans est le suicide.
- Il y aurait une plus grande vulnérabilité au suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus qui s'expliquerait par les nombreux deuils vécus.
- Une personne autochtone est de deux à trois fois plus à risque de suicide qu'une personne non autochtone.
- Parmi les personnes homosexuelles, bisexuelles ou transsexuelles, 46 % ont commis au moins une tentative de suicide.
- Plus de 25 % des personnes qui décèdent par suicide avaient une dépendance à l'alcool. Une personne dépendante à l'alcool a un risque de suicide 6 fois plus élevé qu'une personne non dépendante. La consommation de drogues et la dépendance au jeu sont aussi liées à un risque accru de suicide.
- 90 % des personnes décédées par suicide étaient atteintes d'un trouble mental. Les personnes atteintes de comorbidité sont d'ailleurs plus vulnérables au suicide.
- Trouble dépressif caractérisé : Diagnostic le plus souvent associé au suicide. Plus du tiers des personnes ayant ce diagnostic décèdent par suicide ;
  - Schizophrénie : 20 à 42 % des personnes atteintes mettent fin à leurs jours;
  - TPL : Plus grande vulnérabilité vu les symptômes d'impulsivité et d'instabilité affective.
- Le risque suicidaire est également accru chez les personnes ayant un problème de santé physique.

Facteurs à considérer	Exemples de questions à poser
Planification du suicide	– Comment prévoyez-vous vous suicider? Avez-vous décidé d'un moyen? (Il importe de considérer l'accessibilité au moyen et sa létalité) – Où prévoyez-vous mettre le plan à exécution? – Quand comptez-vous le faire? (Permet d'évaluer l'imminence du passage à l'acte)
Tentative de suicide	– Avez-vous déjà pensé mettre fin à vos jours? – Avez-vous déjà tenté de mettre fin à vos jours? Si oui, quand, combien de fois et quels étaient les moyens utilisés? Regrettez-vous les gestes posés ou auriez-vous préféré mourir? (Permet d'évaluer si la personne est fâchée/déçue d'être en vie) – Quelles étaient les circonstances entourant la tentative de suicide passée (Permet d'évaluer si la situation actuelle présente des similitudes)

Facteurs à considérer	Exemples de questions à poser
Capacité à espérer un changement	– Quels sont vos projets? Où vous voyez-vous dans 5 ans? – Quelles seraient les solutions envisageables pour vous sortir de cette situation difficile? – Qu'est-ce qui vous garde en vie actuellement?
Usage de substances	– Quelle est votre consommation d'alcool, de drogues? – Êtes-vous actuellement sous l'effet de substances? Si oui, lesquelles?
Capacité à se contrôler	– Dans quelle mesure vous sentez-vous capable de maîtriser vos actions? Échelle de 1 à 10 – Avez-vous parfois l'impression d'agir trop vite, de ne pas réfléchir assez avant de poser des gestes? (Permet d'évaluer le degré d'impulsivité de la personne) – Entendez-vous des voix? Qu'est-ce que les voix vous disent (Permet d'évaluer le caractère mandatoire des hallucinations).
Présence de proches	– Êtes-vous avec quelqu'un actuellement? – Avez-vous quelqu'un dans votre entourage sur qui vous pouvez compter? – Comment est-ce que les gens réagiraient s'ils vous perdaient?
Capacité à prendre soin de soi	– Parvenez-vous à répondre à vos besoins de base? Parvenez-vous à ressentir du plaisir dans vos activités? – Vous évaluez votre niveau d'énergie à combien? (échelle 0-10) Est-ce que votre niveau d'énergie vous permet de réaliser vos activités, vos fonctions habituelles?
	– Avez-vous un suivi médical/psychologique? Prenez-vous une médication? – Croyez-vous que certaines ressources pourraient vous aider à traverser ce dur moment?

Interventions infirmières

- Témoignez de l'intérêt à l'usager, faites preuve de sollicitude et d'empathie à son égard, démontrez-lui qu'on se soucie vraiment de lui.
- Suivant votre évaluation, informez l'équipe de soins du potentiel de dangerosité du client.
- Assurez la sécurité de l'usager en inspectant et en retirant de son environnement les objets potentiellement dangereux. Voir section sur la sécurité.
- Établissez un contrat de non-passage à l'acte dans lequel l'usager s'engage à aviser le personnel s'il se sent moins bien pour obtenir de l'aide à ce moment précis.
- Offrez à l'usager l'occasion d'exprimer ses sentiments à l'aide des attitudes et habiletés de la communication thérapeutique : compréhension empathique, respect chaleureux, authenticité, reflet, reformulation, questions ouvertes, silence.
- Procédez à des évaluations régulières de la sévérité et de la persistance des idées suicidaires.
- Aidez l'usager à trouver des moyens pour atténuer le sentiment de désespoir et à identifier des mécanismes autres que le suicide pour faire face à la situation. Utilisez le vécu antérieur de la personne si besoin.
- Tentez de dédramatiser les situations à l'aide de faits réels et corrigez les perceptions erronées s'il y a lieu.



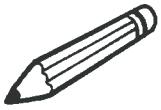
Principaux éléments à consigner au dossier de la personne à risque de suicide

- Données relatives à l'évaluation initiale et aux évaluations subséquentes de la condition physique et mentale de la personne.
- L'évaluation spécifique du risque de suicide et de l'urgence suicidaire, le COQ, la létalité du moyen envisagé.
- Ajustement du PTI en fonction des constats jugés prioritaires et des directives infirmières essentielles précisant les signes à observer, le niveau de surveillance, et les directives données à l'équipe soignante.
- Les interventions utilisées et les résultats obtenus.
- La nature de la collaboration de la personne et de ses proches, ainsi que l'entente concernant le plan d'action en cas de crise suicidaire.
- La concertation multidisciplinaire.
- L'information communiquée à un tiers et le consentement de la personne à cet effet.

9.3 Évaluation du risque de fugue

Évaluation du risque de fugue :

- L'usager tente de fuguer.
- L'usager parle de fuguer.
- L'usager est hospitalisé contre son gré.
- L'usager présente une altération des fonctions mentales et cognitives.
- L'usager a des antécédents de fugue au cours de son hospitalisation.
- La famille avise ou craint que l'usager fugue.
- Les autres usagers avisent le personnel des risques de fugue.



Principaux éléments à consigner au dossier de la personne à risque de fugue

- Évaluation de la condition physique et mentale de la personne : description du comportement, du niveau de collaboration, des propos et des symptômes de l'usager.
- Le ou les éléments déclencheurs.
- Interventions et ajustement du niveau de surveillance.
- Résultats de l'intervention.
- Réévaluation de l'usager.
- Ajustement du PTI *« à risque de fugue ou d'évasion » dans la section « problème ou besoin prioritaire »* en fonction des constats jugés prioritaires et des directives infirmières essentielles précisant les signes à observer, le niveau de surveillance, et les directives données à l'équipe soignante.
- Inscrit *« à risque de fugue »* au Plan de travail – Soins infirmiers (Kardex).
- Complète la *« Collecte des données descriptives d'un usager à risque de fugue ou d'évasion »*.
- Avise et s'assure que l'information relative au risque de fugue est transmise aux préposés aux bénéficiaires.
- Transmission de l'information à l'équipe traitante.

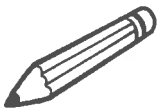
***** L'infirmière en collaboration avec l'équipe traitante s'assure du port du bracelet d'identité à chaque quart de travail.**

Interventions infirmières lors de la constatation d'une fugue ou évasion

- Avise l'ASI.
- Demande à l'équipe de soins d'effectuer une recherche de l'usager (hôpital et sur le terrain de l'hôpital) (max : 10 minutes).
- Appelle au domicile de l'usager, à sa famille ou à personne significative.
- Avise le psychiatre traitant ou de garde et s'assure de la conduite à tenir.

Si l'usager est non retrouvé :

- Communique avec le service de prévention et de protection (poste # 5006), confirme le code jaune
- Transmet l'information nécessaire à la recherche comme mentionné sur la « Collecte des données descriptives d'un usager à risque de fugue ou évasion ».
- Remet les documents requis au service de la prévention et protection.
- Demande, selon la situation, à l'agent du service de prévention et protection de faire un signalement au service de police.
- Avise le représentant légal de l'usager, identifié à la collecte des données, qui doit être rejointe en cas d'urgence.
- Avise le Curateur public si l'usager est sous curatelle.

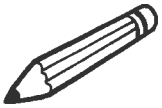


Principaux éléments à consigner au dossier lors d'une fugue

- L'état physique et mental de l'usager dans les heures précédant la fugue ou l'évasion.
- L'absence ou la présence de risque de dangerosité pour lui-même ou pour autrui déterminée avec le psychiatre traitant ou de garde.
- L'heure à laquelle la fugue ou évasion a été constatée.
- Le nom et le titre des personnes avisées ainsi que la date et l'heure.
- Les étapes de la progression de la recherche.
- Remplis le formulaire AH-223 (rapport d'incident/accident) uniquement lorsque le plan d'intervention n'a pas été respecté ou que les conséquences sont différentes ou plus graves qu'habituellement. Les données inscrites sur le rapport d'incident/accident ne sont pas des notes d'observations au dossier.

Interventions lors du retour de l'usager à l'unité

- S'assure de son retour à l'unité en respectant les principes OMEGA et en choisissant l'une ou l'autre des options suivantes tout en prenant en considération que l'intervention physique auprès d'un usager fugueur pour le retenir contre son gré et pouvant porter atteinte à son intégrité physique, ne sera accepté que lorsque l'usager présentera un danger pour lui-même ou pour autrui.
- Effectue une vérification des effets personnels du patient si un risque est identifié.
- Évalue le risque de passage à l'acte suicidaire.
- Reconduire l'usager à l'endroit prévu.
- Avise l'ASI et le psychiatre traitant ou de garde.
- Avise immédiatement le service de la prévention et protection du retour du patient, ainsi que toutes les personnes qui ont été informées de la fugue telles que le médecin, les personnes significatives, le représentant légal.



Principaux éléments à consigner au dossier lors d'une fugue

- Évalue la condition physique et mentale.
- Explore les motifs en lien avec la fugue ou évasion.
- Les interventions utilisées et les résultats obtenus.
- La nature de la collaboration de la personne.
- L'heure du retour de l'usager, le nom et le titre d'une personne qui accompagne l'usager, le cas échéant, et le nom des personnes avisées du retour de l'usager.
- Ajustement du PTI en fonction des constats jugés prioritaires et des directives infirmières essentielles précisant les signes à observer, le niveau de surveillance, et les directives données à l'équipe soignante
- Inscrit sur le formulaire AH-223 (rapport de déclaration d'incident ou d'accident) la date et l'heure du retour.

Interventions lorsque l'usager est non de retour de la fugue

- Communique avec le médecin traitant ou de garde afin de l'informer que l'usager est non de retour. Lui demande la conduite à tenir quant à l'usager et à la gestion du lit. Documente les informations pertinentes au dossier.

10. SÉCURITÉ

10.1. Niveaux de surveillance

	AUTONOME	NORMALE	NORMALE SANS SORTIE	INTERMÉDIAIRE	ÉTROITE	CONSTANTE
Niveau de risque (risque suicidaire, agression, automutilation, désorganisation, imprévisibilité, risque de fugue, errance.)	Pas d'indice de danger	Léger	Léger	Léger à modéré	Modéré à court terme	Élevé à immédiat
Ordonnance médicale Validité de l'ordonnance	Oui ** Doit être cessée par un médecin, si prescrite	Oui →	Oui →	Oui →	Oui →	Oui →
Moyens	Tournées sur l'unité du PAB ou d'un autre membre du personnel clinique	Tournées sur l'unité du PAB ou d'un autre membre du personnel clinique	Tournées sur l'unité du PAB ou d'un autre membre du personnel clinique	Tournées sur l'unité du PAB ou d'un autre membre du personnel clinique	Tournées sur l'unité du PAB ou d'un autre membre du personnel clinique	Présence continue du membre du personnel soignant auprès de l'usager
Fréquence de la surveillance	Aux heures. Compléter la feuille *« Tournée de l'unité »* L'usager doit obligatoirement être à l'unité : -12 h à 12 h 30 -15 h à 17 h 30 - Retour à 20 h 45	Aux heures. Compléter la feuille *« Tournée de l'unité »*	Aux heures. Compléter la feuille *« Tournée de l'unité »*	Aux 30 minutes et implique que les intervenants connaissent les déplacements de l'usager Compléter la feuille de surveillance intermédiaire. L'usager ne peut fermer la porte de sa chambre.	Aux 15 minutes et implique que les intervenants savent en tout temps où est l'usager/famille et ce qu'il fait. S'assurer d'une attention particulière lorsque l'usager est à la salle de bain. La porte doit être débarrée. Compléter la feuille de surveillance étroite. L'usager ne peut fermer la porte de sa chambre.	Présence continue par un membre du personnel désigné. Contact visuel constant. Assurer une présence lorsque l'usager est à la salle de bain. Compléter la feuille de surveillance d'un patient en soins continus. L'usager ne peut fermer la porte de sa chambre.

	AUTONOME	NORMALE	NORMALE SANS SORTIE	INTERMÉDIAIRE	ÉTROITE	CONSTANTE
Interventions : **Effets personnels (briquet, cigarettes, bijoux)**	Autorisés sauf si indication contraire au dossier, au PTI ou au PII.	Autorisés sauf si indication contraire au dossier, au PTI ou au PII.	Autorisés sauf si indication contraire au dossier, au PTI ou au PII.	Limitation des objets. Objets et vêtements sécuritaires seulement.	Limitation des objets. Enlever les effets personnels et les placer en sécurité, hors de la portée de l'usager.	Limitation des objets. Enlever les effets personnels et les placer en sécurité, hors de la portée de l'usager (aucun effet personnel n'est permis). Aucun si en chambre d'isolement.
Objets apportés par les visiteurs	Procéder à une vérification en tout temps avec leur autorisation	→	→	→	→	→
Vérification des effets personnels	Politique : Vérification et gestion des effets personnels. Vérification ponctuelle une fois par semaine de façon aléatoire. Vérification des effets personnels si y a un motif raisonnable de croire que…	→	→	→	→	→
Port de vêtements	Vêtements personnels	Vêtements personnels	Vêtements personnels	Vêtements sécuritaires (Pas de cordon, ceinture, lacets, etc.)	Jaquette Jaquette sans cordon ** Le port de la brassière doit être prescrit	Jaquette Jaquette sans cordon ** Le port de la brassière doit être prescrit
Sortie hors de l'unité	Heures de sorties : - 8 h 30 à 12 h -12 h30 à 15 h -17 h30 à 20 h 45	Sortie 6x30 minutes ou selon la prescription	Aucune sortie sauf pour les activités thérapeutiques (gymnase)	Aucune sortie sauf pour les activités thérapeutiques (gymnase)	Accompagné par un PAB en tout temps pour un examen ou un traitement	Aucune sortie sauf si traitement ou examen urgent (doit être accompagné en tout temps)

Modalités lors d'une surveillance constante (soin continu) :

Le soin continu constitue une surveillance continue pour un usager présentant un niveau de risque très élevé à imminent de dangerosité pour lui-même ou pour autrui, associé à une grande désorganisation psychique, à un risque suicidaire ou homicidaire, à une modalité légale. Soin extraordinaire ou non habituel.

La surveillance constante de certains usagers ne doit pas modifier les modalités de surveillance normale pour assurer la sécurité de l'ensemble des usagers. Le personnel en place doit maintenir les tournées de surveillance effectuées aux heures, aux 30 minutes et aux 15 minutes. Les informations doivent être consignées sur le formulaire de surveillance.

Responsabilités de l'infirmière lors d'une surveillance constante :

- Complète le plan de travail du préposé aux bénéficiaires, afin qu'il assure une surveillance sécuritaire et adaptée aux besoins de l'usager.

Responsabilités de l'infirmière

- Évaluer la condition physique et mentale de la personne symptomatique. Cela inclut les facteurs de son environnement physique, social, culturel et spirituel qui ont une incidence sur sa situation de santé. L'évaluation de la condition mentale comprend les paramètres liés aux aspects cognitifs, perceptifs, émotifs et relationnels de la personne. Justifier dans les notes d'observation de l'infirmière, le constat de son évaluation et la pertinence de mettre en place, de maintenir ou de cesser des soins continus.
- Évaluer le risque de chute, de fugue ou d'interférence aux soins (ex. : arracher les équipements de soins tels que perfusion intraveineuse, sonde urinaire, sonde nasogastrique, drain). Pour ce faire, utiliser des outils d'évaluation et de dépistage tels que la collecte de données, l'échelle de douleur, la grille d'évaluation du risque de chute, la grille d'observation clinique et l'inventaire du comportement, etc.
- Mettre en place des mesures alternatives et documenter au dossier les résultats obtenus.
- Évaluer les risques de violence et de passage à l'acte suicidaire. Si l'usager est à risque de violence ou de comportements hétéro-agressifs, s'assurer que toute l'équipe de soins a l'information nécessaire pour effectuer une surveillance et des interventions sécuritaires auprès de cet usager. Placer le pictogramme (*Oméga*) à côté du nom de l'usager sur le tableau blanc au poste des infirmières.
- Identifier le ou les problème (s) prioritaire (s) ainsi que les directives infirmières et en effectuer l'inscription au PTI.
- Mettre en place et s'assurer de la complétion, par l'intervenant dédié à la surveillance constante, du formulaire de surveillance prévu à cet effet.
- Effectuer l'analyse globale du comportement à l'aide des différents outils, afin de déterminer les causes du comportement perturbateur.
- Effectuer le suivi de cette analyse à l'ASI ou à la personne responsable.

<u>À chaque quart de travail</u> :

- Évaluer la condition physique et mentale du patient, inscrire le constat de son évaluation dans les notes d'observation de l'infirmière en justifiant **la pertinence de maintenir la surveillance constante.**
- Transmettre les informations pertinentes à la personne qui effectue la surveillance constante.
- Transmettre les informations nécessaires à l'équipe de soins.
- S'informer régulièrement auprès de la personne qui effectue les soins continus de la condition, du comportement et de l'attitude de l'usager.
- Réévaluer la pertinence de maintenir la surveillance constante et envisager de mettre en place des mesures alternatives.

L'INFIRMIÈRE DOIT DE FAÇON CONTINUE RÉÉVALUER L'USAGER, AFIN DE S'ASSURER DE LA PERTINENCE DE POURSUIVRE LA SURVEILLANCCE CONSTANTE EN FONCTION DES BESOINS DE LA PERSONNE.

10.2. Vérification des effets personnels

La vérification des effets personnels d'un usager et la saisie qui peut en découler représentent des interventions exceptionnelles qui ne sont autorisées que lorsqu'il y a un motif raisonnable de croire que l'usager est en possession :

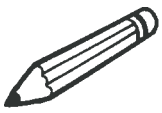
- d'un objet allant à l'encontre du plan d'intervention lorsqu'une condition de santé particulière l'exige (ex. : une ceinture en possession d'un usager à risque suicidaire);
- d'un objet défendu par les règles du CISSSMC ou volé à un autre usager ou à un membre du personnel;
- d'une substance illicite ou dangereuse;
- d'un objet pouvant constituer une menace pour lui-même ou pour autrui.

Résumé de la procédure :

- Deux intervenants en présence de l'usager procèdent à l'inspection (le recours aux agents de sécurité est possible).
- L'infirmière responsable informe l'usager des motifs justifiant l'inspection et sollicite son consentement et sa collaboration.
- Demander de présenter les effets qu'il a en sa possession.
- Demander à l'usager de se dévêtir et inspecter les vêtements et les sacs.
- Remettre à l'usager une jaquette munie de boutons pression.
- Remplir le formulaire « Liste des effets personnels ».

En l'absence de consentement :

- L'infirmière responsable doit s'assurer qu'on garde l'usager en surveillance constante.
- L'infirmière responsable demande l'autorisation à l'assistante du supérieur immédiat (ASI) ou au supérieur immédiat afin de procéder à la fouille sommaire de l'usager.
- L'infirmière responsable sollicite la présence des préposés et d'agents de la sécurité avant de procéder à la fouille sommaire de l'usager.
- La fouille est effectuée conjointement par deux membres du personnel et au besoin par les agents de sécurité.
- Dans le cas d'une saisie, suivre les politiques et procédures en vigueur dans l'établissement.
- Une note au dossier de l'usager doit être faite.



Principaux éléments à consigner au dossier lors de la vérification des effets personnels

- La date et l'heure.
- Le nom des membres du personnel présents, leurs fonctions professionnelles et, lorsque nécessaire, le lien avec l'usager.
- Les mesures préventives prises.
- Les motifs justifiant l'inspection et le type de vérification effectuée.
- L'autorisation obtenue de l'assistant(e) du supérieur immédiat ou du supérieur immédiat.
- L'information donnée à l'usager justifiant la fouille.
- La nature du consentement et la collaboration de l'usager.
- Les items recherchés.
- Les résultats de la fouille.
- Les objets ou les lieux fouillés.
- Les objets remis et saisis.
- Les gestionnaires ou autres membres du personnel avisés.

Entreposage des effets personnels et des objets de valeur des usagers :

- Le personnel invite l'usager à remettre le maximum d'effets personnels à ses proches, incluant ses médicaments personnels et l'informe qu'il est responsable des biens qu'il désire garder en sa possession.
- Lorsque l'usager est admis à l'unité interne de psychiatrie, les préposés aux bénéficiaires, en collaboration avec l'équipe de soins, procèdent à l'inspection des effets personnels de l'usager provenant de l'urgence. Le membre de l'équipe de soins qui procède à l'inspection doit le faire avec la feuille des effets personnels de l'usager préalablement complétée à l'urgence.
- Lorsque l'état physique ou mental de l'usager ne lui permet pas de s'occuper de ses effets personnels et qu'il n'a pas d'accompagnateur, ou lorsqu'un transfert à l'unité de psychiatrie est envisagé, le personnel doit procéder à l'enregistrement des biens sur le formulaire prévu à cet effet.
- Il doit signer le formulaire et le faire signer par un témoin. S'il s'agit d'objets de valeur, le service de sécurité est appelé afin que les objets soient conservés au coffre-fort.

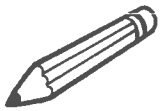
Inspection des sacs et colis apportés par les visiteurs :

Il s'agit d'une mesure préventive visant à assurer la sécurité des usagers, des membres du personnel, ainsi que des visiteurs. Cette inspection s'effectue lorsqu'il y a des motifs raisonnables de croire que le visiteur pourrait avoir en sa possession des objets dangereux ou des substances illicites :

- Le visiteur est informé de l'inspection des sacs et colis apportés à un usager, ainsi que des motifs la justifiant;
- Le membre du personnel demande au visiteur d'exposer tout le contenu des articles et peut demander au visiteur de repartir avec les articles jugés inappropriés;
- Si le visiteur refuse de s'y conformer, on peut alors lui refuser l'accès au service. Le membre du personnel doit alors informer l'infirmier(ère) responsable de l'usager et celle-ci avisera son supérieur immédiat. Une note sera inscrite au dossier de l'usager visité;
- Les objets dangereux, les sacs de plastique, etc., doivent être retirés dès l'entrée du visiteur.

Intervention lorsque des substances illicites, objets dangereux, armes sont retrouvés :

- Retirer la substance ou l'objet avec un témoin.
- Aviser l'ASI.
- Aviser le psychiatre traitant ou de garde.
- Communiquer avec le service de prévention et protection (poste # 5006). Le service de prévention et protection procèdera à la saisie de la substance ou de l'objet à l'unité de soins. Par la suite, il assurera la gestion de la substance ou de l'objet avec les autorités policières.



Principaux éléments à consigner au dossier lorsque des substances illicites, objets dangereux, armes sont retrouvés

- La date et l'heure.
- État physique et mental de l'usager.
- Nom des membres du personnel présents, leurs fonctions professionnelles et, lorsque nécessaire, le lien avec l'usager.
- Mesures préventives prises.
- Nature du consentement et la collaboration de l'usager.
- Description des objets trouvés.
- Objets remis et saisis.
- Gestionnaires ou autres membres du personnel avisés.

11. ASPECTS LÉGAUX

11.1. La garde

Il s'agit d'une mesure d'exception qui permet de garder une personne dans un établissement de santé et de services sociaux contre sa volonté, qui doit être utilisée en dernier recours.

On l'utilise pour assurer la protection d'une personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui. Le seul motif valable est la dangerosité.

La garde en établissement prive temporairement la personne de son droit à la liberté et de son droit à l'intégrité.

Découle de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (chapitre P-38.001) et du Code civil du Québec.

Il existe trois types de garde : la garde préventive, la garde provisoire et la garde en établissement.

La garde préventive :

La garde préventive est une mesure exceptionnelle permettant de garder une personne présentant un danger pour elle-même ou pour autrui dans un établissement de santé contre son gré

- Durée : Période maximale de 72 heures;
- Ordonnée par un médecin. L'intervention du psychiatre n'est pas nécessaire, la garde préventive pouvant être demandée par un médecin généraliste;
- Cette garde ne nécessite pas d'intervention du tribunal;
- Soins permis : Hospitalisation seulement. La personne peut refuser tout type de soins incluant l'évaluation psychiatrique.

La garde provisoire :

La garde provisoire peut être demandée par un établissement ou par un proche. Elle est ordonnée par le tribunal dans le but de soumettre une personne à une évaluation psychiatrique afin de déterminer si elle est dangereuse ou non en raison de son état mental.

Cette évaluation consiste en deux examens psychiatriques faits par des psychiatres, à moins qu'il soit impossible d'obtenir leurs services. Si tel est le cas, des médecins généralistes pourront procéder à l'évaluation. Le premier examen psychiatrique doit avoir lieu dans les 24 heures de l'ordonnance du tribunal et le deuxième examen dans les 48 heures de l'ordonnance.

- Durée : Période maximale de 96 heures;
- Soins permis : Hospitalisation et évaluation psychiatrique;
- Si une des deux évaluations conclut à l'absence de dangerosité, la personne devra être immédiatement relâchée;
- Si les deux examens confirment la dangerosité, l'établissement pourra déposer une requête pour une garde en établissement.

La garde en établissement :

Lorsqu'un premier psychiatre ayant procédé à l'examen psychiatrique conclut à la nécessité de garder la personne en établissement, un second examen psychiatrique doit être effectué par un autre psychiatre, au plus tard dans les 96 heures suivant la prise en charge de la personne par l'établissement.

La garde en établissement est ensuite accordée par un juge ayant des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire suivant la déposition des deux rapports d'examens psychiatriques.

- Durée : généralement de 21 jours à 6 mois;
- La nécessité de la garde doit automatiquement être réévaluée, au moyen d'un examen clinique psychiatrique au 21e jour à compter de la décision prise par le tribunal et par la suite, tous les 3 mois;
- La garde se limite à maintenir la personne sur les lieux de l'hôpital en assurant sa sécurité jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de danger ou que la personne consente à son hospitalisation. À moins d'une situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de la personne ou d'autrui, tout traitement qui lui est donné doit faire l'objet d'un consentement libre et éclairé de la personne et celle-ci conserve tous ses autres droits, au même titre que tout patient hospitalisé sur une base volontaire;
- Dès qu'un examen conclut que la garde n'est plus nécessaire, la garde prend fin automatiquement, peu importe la durée accordée initialement par le tribunal.

11.2. Le tribunal administratif du Québec (TAQ)

La Division de la santé mentale du Tribunal administratif du Québec a compétence dans deux types de dossiers en matière de santé mentale.

Les dossiers concernant la mise en liberté ou la détention de personnes souffrant d'un trouble mental, qui ont été accusées d'avoir commis une infraction criminelle, et qui ont reçu d'une cour criminelle un verdict d'inaptitude à subir leur procès criminel ou un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de trouble mental.

Certains dossiers concernant la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Cette loi traite des personnes mises sous garde dans un établissement hospitalier parce qu'elles sont jugées dangereuses pour elles-mêmes ou pour le public.

Les droits de la personne sous garde :

Remettre à l'usager le dépliant explicatif « Droits et recours des personnes mises sous garde » :

- Droit à consentir ou refuser des soins, à l'exception des examens psychiatriques ordonnés par le tribunal;
- Droits de participer aux décisions la concernant, dont le choix du professionnel ou de l'établissement desquels elle reçoit des soins;
- Droit à la communication confidentielle avec son représentant légal, son avocat, le Curateur public ou le Tribunal administratif;

- Droit à l'information sur le lieu, le motif de la garde;
- Droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.

11.3. Les mesures de contrôle

Il existe trois types de mesures de contrôle : l'isolement, l'application d'une contention et l'utilisation de substances chimiques.

En fonction des actes réservés aux différentes professions, l'infirmière peut décider d'appliquer les contentions ou de mettre en place un protocole d'isolement. Elle doit toutefois se référer à une ordonnance médicale afin d'administrer une substance chimique.

La politique de l'utilisation de la contention physique et de l'isolement vise une approche interdisciplinaire. Le médecin doit nécessairement être mis au courant de l'utilisation d'une mesure de contrôle vu les répercussions possibles sur la condition médicale de la personne.

L'infirmière doit envisager et proposer des mesures alternatives pour pallier au comportement à risque avant de décider d'utiliser une mesure de contrôle.

L'application des mesures de contrôle requiert une évaluation initiale et continue par l'infirmière ainsi qu'une surveillance étroite de l'usager afin de s'assurer de sa sécurité et de la réponse à ses besoins fondamentaux.

La durée d'application doit être la plus minimale en fonction de l'évaluation de l'état mental du client et de la pertinence de la mesure de contrôle choisie.

Les mesures de contrôle nécessitent un consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal, à l'exception de l'utilisation dans un contexte d'intervention non planifiée.

La civière à contentions doit faire l'objet d'une vérification rigoureuse. Chaque unité de soins en psychiatrie doit posséder sa civière à contentions prête à être utilisée. Avant le début de chaque quart de travail et après chaque utilisation, l'état et le positionnement des contentions doivent être vérifiés par les préposés aux bénéficiaires.

Principes directeurs :

1er principe :

« Les substances chimiques, la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de **risque imminent.** »

2e principe :

« Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'**en dernier recours.** »

3e principe :

« Lors de l'utilisation de substances chimiques, de la contention ou de l'isolement à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est **la moins contraignante** pour la personne. »

4e principe :

« L'application des mesures de contrôle doit se faire dans le **respect,** la **dignité** et la **sécurité,** en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une **supervision attentive.** »

5e principe :

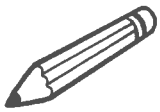
« L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit, dans chaque établissement, être balisée par des **procédures** et contrôlée afin d'assurer le **respect des protocoles.** »

6e principe :

« L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit faire l'objet d'une **évaluation** et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements. »

Les Paramètres de surveillance et soins à prodiguer pendant l'utilisation d'une mesure de contrôle

Paramètres	Observations et d'interventions
La sécurité de la personne	• Accès à un moyen de communication *(cloche d'appel)* • Position du lit au plus bas • Aménagement de l'environnement • Accès rapide au dispositif de retrait de la mesure • Désactivation du système de contrôle du lit • Respect de la fréquence établie de la surveillance • Protection de la personne des dangers environnants
La dignité de la personne	• Respect des valeurs, des habitudes de vie et de l'autonomie résiduelle • Habillement • Maintien de la communication et de la relation
Le confort	• Alignement corporel • Repositionnement et exercices actifs et passifs à la fréquence déterminée par les professionnels *(maximum aux 2 heures)* • Si la contention physique est requise sur une période prolongée, on doit procéder, en alternance, à la libération des membres sous contention en s'assurant de la sécurité de toutes les personnes impliquées Conditions environnementales : • Température ambiante • Bruits environnants • Luminosité
Les signes vitaux	Fréquence déterminée selon l'évaluation *(infirmière, médecin, pharmacien)* : • Pression artérielle • Fréquence cardiaque • Fréquence et amplitude respiratoires • Saturation • Température
L'intégrité de la peau	• Rougeur • Œdème • Coloration • Chaleur • ~~Douleur~~ • Lésion
La réponse aux besoins fondamentaux	• Hydratation • Alimentation • Élimination • Hygiène • Mobilité
Les réactions affectives et psychologiques	• État mental incluant l'état de conscience • Réactions de l'usager, de la famille et des proches face à la mesure • Description des comportements *(évaluation clinique du professionnel habileté requise si changement de comportement ou observation d'un comportement inhabituel)*
L'inspection du matériel de contention	• État du matériel • Ajustement adéquat • Conformité de l'installation selon les normes du fabricant
L'inspection de l'environnement	• Retrait du matériel potentiellement dangereux à proximité de la personne selon son état clinique • Aménagement de la salle d'isolement conforme aux normes du ministère



Principaux éléments à consigner au dossier lorsque des mesures de contrôle sont appliquées

Toutes les informations pertinentes à la condition clinique de l'usager et au processus décisionnel doivent être inscrites de façon chronologique et portent sur les points suivants :

- Le contexte d'intervention (planifié ou non-planifié);
- La description objective des faits et des comportements motivant l'utilisation de la mesure de contrôle, incluant le risque imminent pour l'usager et pour autrui : risque de chute, interférence aux soins, errance, automutilation, hétéro-agressivité;
- L'analyse des facteurs de risque et de protection : fonctions cognitives, condition médicale, environnement, collaboration aux soins;
- L'évaluation de la condition physique et mentale de l'usager;
- La description des mesures alternatives utilisées et les résultats obtenus;
- L'évaluation des risques et des contre-indications à la mesure de contrôle;
- La description de la mesure de contrôle utilisée : le type, le moment et la durée d'application ainsi que les modalités d'application (endroit, mobilier utilisé, taille);
- La date et l'heure du début et de la fin de la mesure de contrôle;
- Les paramètres de la surveillance : l'heure, la fréquence, les observations et les soins dispensés;
- L'évolution clinique, soit le comportement et la réaction psychologique de l'usager durant l'application de la mesure de contrôle et au retrait de celle-ci;
- Les informations transmises à la personne et à ses proches;
- L'obtention du consentement valide et signé par la personne, son représentant légal ou son répondant dans un contexte d'intervention planifié;
- Les données cliniques justifiant l'arrêt ou le maintien de la mesure et découlant de la réévaluation;
- Toutes données pertinentes émergeant de la révision ou de l'analyse post-situationnelle;
- Tout autre renseignement jugé pertinent.

Rédaction du plan thérapeutique infirmier (PTI)

Lors de l'application d'une mesure de contrôle, l'infirmière complète le plan thérapeutique infirmier en y inscrivant :

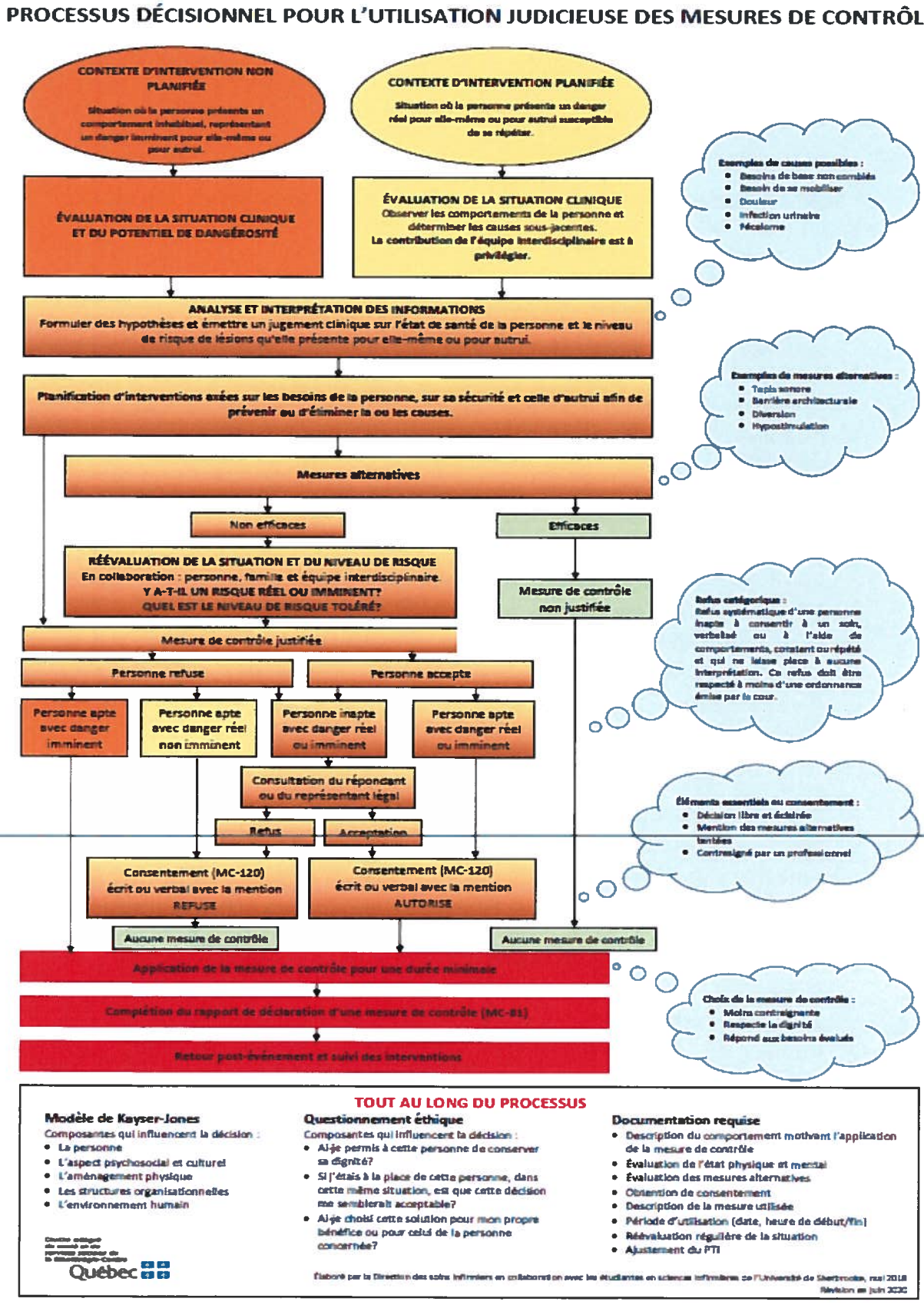
Le constat de l'évaluation : le problème ou besoin prioritaire

- Données relatives au risque réel ou imminent

Le suivi clinique : les directives infirmières

- Mesures alternatives à mettre en place avant l'application de la mesure de contrôle
- Le contexte d'utilisation
- Le type de contention
- Les éléments de surveillance sous forme de directives à l'équipe de soins

Processus décisionnel pour l'utilisation judicieuse des mesures de contrôle :


PROCESSUS DÉCISIONNEL POUR L'UTILISATION JUDICIEUSE DES MESURES DE CONTRÔLE
CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE
Situation où la personne présente un comportement inhabituel, représentant un danger imminent pour elle-même ou pour autrui.
CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE
Situation où la personne présente un danger réel pour elle-même ou pour autrui susceptible de se répéter.
ÉVALUATION DE LA SITUATION CLINIQUE ET DU POTENTIEL DE DANGÉROSITÉ
ÉVALUATION DE LA SITUATION CLINIQUE
Observer les comportements de la personne et déterminer les causes sous-jacentes.
La contribution de l'équipe interdisciplinaire est à privilégier.
Exemples de causes possibles :
Besoins de base non comblés
Besoin de se mobiliser
Douleur
Infection urinaire
Péclaome
ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES INFORMATIONS
Formuler des hypothèses et émettre un jugement clinique sur l'état de santé de la personne et le niveau de risque de lésions qu'elle présente pour elle-même ou pour autrui.
Planification d'interventions axées sur les besoins de la personne, sur sa sécurité et celle d'autrui afin de prévenir ou d'éliminer la ou les causes.
Exemples de mesures alternatives :
Tapis sonore
Barrière architecturale
Diversion
Hypostimulation
Mesures alternatives
Non efficaces
Efficaces
RÉÉVALUATION DE LA SITUATION ET DU NIVEAU DE RISQUE
En collaboration : personne, famille et équipe interdisciplinaire.
Y A-T-IL UN RISQUE RÉEL OU IMMINENT?
QUEL EST LE NIVEAU DE RISQUE TOLÉRÉ?
Mesure de contrôle non justifiée
Refus catégorique :
Refus systématique d'une personne inapte à consentir à un soin, verbalisé ou à l'aide de comportements, constant ou répété et qui ne laisse place à aucune interprétation. Ce refus doit être respecté à moins d'une ordonnance émise par la cour.
Mesure de contrôle justifiée
Personne refuse
Personne accepte
Personne apte avec danger imminent
Personne apte avec danger réel non imminent
Personne inapte avec danger réel ou imminent
Personne apte avec danger réel ou imminent
Consultation du répondant ou du représentant légal
Éléments essentiels au consentement :
Décision libre et éclairée
Mention des mesures alternatives tentées
Contresigné par un professionnel
Refus
Acceptation
Consentement (MC-120) écrit ou verbal avec la mention REFUSE
Consentement (MC-120) écrit ou verbal avec la mention AUTORISE
Aucune mesure de contrôle
Aucune mesure de contrôle
Application de la mesure de contrôle pour une durée minimale
Complétion du rapport de déclaration d'une mesure de contrôle (MC-81)
Retour post-événement et suivi des interventions
Choix de la mesure de contrôle :
Moins contraignante
Respecte la dignité
Répond aux besoins évalués
TOUT AU LONG DU PROCESSUS
Modèle de Kayser-Jones
Composantes qui influencent la décision :
La personne
L'aspect psychosocial et culturel
L'aménagement physique
Les structures organisationnelles
L'environnement humain
Questionnement éthique
Composantes qui influencent la décision :
Ai-je permis à cette personne de conserver sa dignité?
Si j'étais à la place de cette personne, dans cette même situation, est que cette décision me semblerait acceptable?
Ai-je choisi cette solution pour mon propre bénéfice ou pour celui de la personne concernée?
Documentation requise
Description du comportement motivant l'application de la mesure de contrôle
Évaluation de l'état physique et mental
Évaluation des mesures alternatives
Obtention de consentement
Description de la mesure utilisée
Période d'utilisation (date, heure de début/fin)
Réévaluation régulière de la situation
Ajustement du PTI
Québec
Élaboré par la Direction des soins infirmiers en collaboration avec les étudiantes en sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, mai 2018
Révision en juin 2020

Dès l'application d'une mesure de contrôle, celle-ci doit être déclarée par l'infirmière selon l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (LSSS) : « Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures [de contrôle] en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès des usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures ».

- Compléter le formulaire « Rapport de déclaration d'une mesure de contrôle ».

Mesures alternatives à mettre en place avant la décision d'appliquer une mesure de contrôle :

Chez la personne en, ou à risque de délirium ou à risque de chute :

- Donner des repères temporels (calendrier), spatiaux (objets familiers, photos) et humains (proches au chevet, personnel stable) et resituer souvent la personne dans le temps et l'espace.
- Promouvoir des activités physiques 3 fois par jour, favoriser la marche.
- Promouvoir le port de lunettes et de l'appareil auditif et utiliser des aides visuelles (ex. : une loupe).
- Minimiser les éléments restreignant la mobilisation et limiter les tubulures (sonde, solutés, tube nasogastrique).
- S'assurer d'une hydratation adéquate (suivi Ingesta).
- Coordonner les soins et la médication pour éviter d'interrompre le sommeil la nuit.
- Effectuer un suivi rigoureux de la médication et surveiller la polypharmacie.
- Effectuer un suivi de la douleur et s'assurer d'un soulagement adéquat.
- Doser la stimulation : éviter la surstimulation et la soustimulation.
- Avoir des repères qui favorisent l'orientation : calendrier, horloge, photographies de personnes connues, objets familiers ou personnels.
- Encourager la présence de la famille au chevet. Inviter les proches à se répartir les visites entre eux.
- Être à l'écoute et avoir une approche rassurante, calme et douce.
- Établir une routine de soins structurée.
- Assurer la présence des mêmes intervenants au chevet.
- Aménagement de l'environnement : cloche d'appel accessible, assurer une circulation libre d'obstacle, rappels du milieu de vie antérieure (ex : photos). Bien indiquer les toilettes et utiliser chaise d'aisance si nécessaire.
- Maintenir le lit dans la position la plus basse.
- Consultation en physiothérapie ou ergothérapie si besoin.
- Évaluer si signes d'infection dans le cas d'un changement de comportement.
- Utiliser les détecteurs de mouvements.
- Dépister l'hypotension orthostatique et effectuer l'enseignement associé.
- Adapter les soins : Utilisation d'aide-mémoire, de pictogrammes.

Chez la personne présentant des comportements agressifs :

- Pacification, écoute.
- Proposer des diversions : télévision, radio, jeux.
- Offrir une médication prn.
- Assurer une surveillance accrue : Installer le client dans une chambre près du poste, surveillance étroite ou constante.
- Évaluer les stresseurs environnementaux :
  - ❖ Surstimulation : réduire les stimuli par un environnement calme et sécurisant, tamiser les lumières, sieste, musique relaxante;
  - ❖ Sous stimulation : Remédier à l'isolement et l'absence de contact.
- Proposer une relaxation, techniques de respiration, technique de gestion de l'agressivité et de la colère.

Se rapporter également aux interventions de pacification et autres interventions infirmières de la section évaluation du risque de potentiel de dangerosité P.57.

11.4. La protection des personnes inaptes

Inaptitude :

Le terme inaptitude est employé dans différents contextes légaux. Il peut désigner :

1. L'incapacité de prendre soin de soi-même ou d'administrer ses biens (inaptitude générale);
2. L'incapacité de comprendre les informations sur la maladie et les soins et de prendre une décision (inaptitude à consentir aux soins);
3. L'incapacité de comprendre la nature et l'objet des poursuites et leurs conséquences ainsi que d'assumer sa défense ou de donner des instructions à son avocat pour un procès (inaptitude à subir un procès et état mental au moment du procès);
4. La non-responsabilité criminelle, au moment d'un délit, en raison de troubles mentaux. (État mental au moment des faits).

La maladie mentale n'est pas la seule cause d'inaptitude. On répertorie également la déficience intellectuelle, la maladie dégénérative ou organique, un traumatisme cranio-cervical et une altération des facultés mentales ou de l'aptitude physique à exprimer sa volonté due à l'âge.

	Conseiller au majeur	Tutelle au majeur	Curatelle au majeur
Degré d'inaptitude	Généralement apte	Partiellement inapte	Totalement inapte
Temporalité	Possiblement temporaire	Possiblement temporaire	Permanente
Personne ou biens	Biens	Personne ou biens	Personne et biens
Statut de la personne nommée	Conseiller seulement	Représentant légal	Représentant légal
Implication possible du Curateur public	Non	Oui	Oui
Exemples	Besoin d'assistance pour transactions bancaires complexes seulement	Personne hospitalisée à long terme qui ne peut s'occuper de ses affaires un certain temps	Personne victime d'un accident grave devient incapable de prendre soin d'elle-même

Inaptitude à consentir aux soins : Ordonnances d'autorisation de soins :

Il est important de préciser que la dangerosité d'une personne ne fait pas partie des critères préalables d'évaluation pour une ordonnance de soins. La personne doit être considérée inapte et refuser catégoriquement les soins.

Demande adressée à la Cour Supérieure.

Pour évaluer l'aptitude, le tribunal s'attend à des réponses aux questions suivantes (inspiré des critères de la Nouvelle-Écosse) :

- La personne comprend-elle la maladie pour laquelle un traitement est proposé?
- La personne comprend-elle la nature et le but du traitement?
- La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle les subit?
- La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement?
- La capacité de comprendre de la personne est-elle compromise par la maladie?

Si l'ordonnance de traitement est accordée, le juge en précisera la durée (généralement de 1 à 3 ans), les soins autorisés et le suivi à effectuer.

Les traitements pouvant être autorisés :

- Administration de médicaments antipsychotiques, stabilisateurs de l'humeur, antidépresseurs et médicaments pour contrer les effets secondaires;
- Administration de contraceptif (Dépo-Provera);
- Nombre prédéterminé d'ECT;
- Traitement d'une pathologie spécifique (ex. : biopsie, extraction dentaire).

Les tests autorisés :

- Examens de laboratoire de routine, dosages de certains médicaments;
- Dépistage urinaire de drogue;
- Tests diagnostiques (ex. : ECG, imagerie cérébrale).

Les suivis spécifiés :

- Lieux de traitement;
- Fréquence du suivi externe ou intensif dans la communauté;
- Thérapie interne dans un centre de traitement en toxicomanie;
- Hébergement dans un milieu approprié.

12. TRANSFERT D'UN USAGER SUR UNE AUTRE UNITÉ DE SOINS (RAPPORT INTERUNITÉ)

Avant de transférer :

- S'assurer que l'usager possède un lit.
- S'assurer que le dossier soit à jour (examens de laboratoire, monitoring cardiaque, etc.).

Transmission du rapport interunité à l'infirmière de l'unité interne : inscrire les éléments pertinents (PATIENTS) :

- PTI/Priorités/Préoccupations/Planification de congé ;
- Niveau de surveillance, soins continus, mesures de contrôle, suivi en externe (suivi, injectable, ECT, clozaril), plan de travail du PAB, rencontre : avec le psychiatre traitant, familiale et interdisciplinaire, AAPA, etc ;
- Autonomie/Mobilité ;
- Risque de chute, aide technique, interventions spécifiques, etc ;
- Troubles/Problématiques particulières ;
- Évaluation de l'état mental, cognition, comportement, agitation, delirium, sommeil, audition, vue, approche adaptée à la personne âgée, gestion des risques : estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, potentiel de dangerosité (Omega Ω), risque de fugue/évasion, etc ;
- Intégrité de la peau ;
- Interventions spécifiques, surveillance des usagers sous contentions, à mobilité réduite ou alité. Isolement : surveiller l'intégrité de la peau q 15-30 min, etc ;
- Élimination/Bilan hydrique ;
- Diurèse, constipation, diarrhée, nausée, vomissement, etc ;
- Nutrition ;
- Bilan alimentaire, diète spécifique, à jeun, etc ;
- Transfert/Examen/Enseignement ;
- Examen fait ou en préparation, surveillance pré ou post examen, présence à la cour, statut légal du bénéficiaire : TAQ, garde en établissement, ordonnance de traitement, régime de protection, etc ;
- Signes Vitaux/Instabilité ;
- Changements cliniques de l'usager, signes vitaux : suivi clozapine, hypotension orthostatique, sx de sevrage, surveillance des usagers contentionnés ou en isolement. Suivi des résultats d'analyses sanguines ou d'examens diagnostic, Rx STAT et PRN (évaluation et surveillance), effets secondaires de certains Rx, gestion de la douleur, etc ;
- Évaluation des risques et détermination des besoins pour le transfert : Transférer l'usager par une infirmière, un PAB, ou un agent de sécurité.

ANNEXE A — Lexique de l'état mental

APPARENCE	Traduit la position affective du patient lorsqu'il est en relation avec autrui.
Attitude apathique	Se dit d'une personne sans énergie, sans réaction, inactive, amorphe.
Attitude arrogante	Qui manifeste un orgueil excessif par des manières insolentes, méprisantes, hautaines.
Attitude coopérative	Qui fait preuve de collaboration.
Attitude désinhibée	Qui a peu de retenue.
Attitude familière	Se dit de quelqu'un dont les manières manquent de réserve.
Attitude hostile	Qui manifeste des intentions agressives envers une situation ou une personne.
Attitude irritable	Qui s'impatiente, qui réagit facilement à un stimulus.
Attitude méfiante	État d'esprit d'une personne qui se tient sur ses gardes face à une autre personne ou à propos de quelque chose.
Attitude nonchalante	Qui manque d'ardeur, par insouciance ou indifférence.
Attitude provocatrice	Qui provoque, incite à la violence, à la dispute ou à l'agitation.
Attitude puérile	Qui dénote un comportement immature.
Attitude séductrice	Qui séduit, qui est soucieux de plaire.
Attitude théâtrale	Spectaculaire et manquant de naturel.
Clivage	Incapacité d'accepter la présence simultanée de sentiments positifs et négatifs traduit par la perception des personnes ou situations comme entièrement « bonne » ou « mauvaise ».
Convenable	Qui respecte les règles du bon usage et de la morale. Qui est approprié selon la saison et le contexte.
Extravagante	Qui s'écarte du bon sens, qui semble bizarre, déraisonnable.
Inappropriée	Qui n'est pas adaptée à la situation ou au contexte.
Méticulosité excessive	Qui accorde beaucoup de temps à son hygiène et à son apparence.
Négligée	Qui n'accorde pas assez d'attention, de soin, d'importance à sa tenue.
Signes distinctifs	Tache de naissance au visage, grain de beauté, piercing, tatouage.
Soignée	Tenue raffinée, bien mise.

COMPORTEMENT MOTEUR	Comprend l'activité motrice et les mouvements volontaires et involontaires.
Adéquat	Approprié, convenable, juste.
Agitation psychomotrice	Activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure. L'activité est en général improductive et stéréotypée.
Agressif	Menaçant, violent. Qui a un caractère d'agression, qui marque la volonté d'attaquer sans ménagement.
Akathisie	Agitation et besoin irrépressible de bouger. Impression d'agitation intérieure.
Attitude d'écoute	État d'une personne qui semble à l'écoute de ses hallucinations. La personne arrête de parler comme pour porter attention à ses voix ou mouvement d'acquiescement.
Catatonie	Immobilité, absence de réaction aux sollicitations extérieures.
Désinhibé	Sans retenue.

Dyskinésie tardive	Syndrome caractérisé par des mouvements bizarres du visage et de la langue, par la raideur du cou et la difficulté à avaler.
Dystonie	Mouvements involontaires des muscles du visage, du cou et des membres (spasmes).
Échopraxie ou mimétisme	Répétition par imitation des mouvements d'autrui. L'action, ni désirée, ni volontaire, est semi-automatique et ne peut être contrôlée.
Imprévisible	Déroutant, inattendu.
Impulsif	Effectué sous l'impulsion de mouvements spontanés et irréfléchis, emporté, fougueux.
Maniérisme	Un style individuel particulier de mouvement, d'action, de pensée ou de parler.
Méfiant	Soupçonneux, qui manifeste un manque de confiance et la crainte d'être trompé par l'interlocuteur ou par l'entourage.
Mouvements brusques	Mouvements soudains et incontrôlés des membres.
Mouvements compulsifs	Comportement répétitif ou des actes mentaux auxquels le sujet s'adonne (par exemple : prier, compter, répéter des mots silencieusement).
Mouvements souples	Qui peut fléchir beaucoup et facilement les parties de son corps, qui donne une impression de légèreté.
Mouvements stéréotypés	Mouvements répétitifs anormalement fréquents sans but, non fonctionnels, apparemment intentionnels.
Passif	Indifférent, inerte.
Pseudoparkinsonisme	Trouble caractérisé par les symptômes suivants : tremblements, démarche traînante, sialorrhée, rigidité, mouvements d'émiettements.
Ralentissement psychomoteur	Ralentissement généralisé visible des mouvements et du discours.
Rigidité	Raideurs lors du mouvement des membres. Résistance aux mouvements passifs dans n'importe quelle direction.
Spasmes	Contraction musculaire involontaire et inattendue.
Symptômes extrapyramidaux	Troubles moteurs secondaires au blocage dopaminergique par les antipsychotiques.
Tics	Mouvement moteur (ou vocal) stéréotypé involontaire, soudain, rapide, récurrent, non particulier.
Tremblements	Agitation du corps ou d'une partie du corps par de petites oscillations.

LANGUAGE	Le langage est le moyen d'expression de la pensée et des émotions.
Aphasie	Incapacité à communiquer au moyen de la parole, de l'écriture ou de signes, causée par une lésion des centres cérébraux.
Articulé	Les mots sont prononcés clairement et distinctement.
Coprolalie	Énonciation compulsive de mots orduriers.
Délai de réponse	La personne prend du temps avant de répondre à une question.
Difficulté d'élocution	Difficulté à s'exprimer oralement, à articuler.
Écholalie	Le client répète de manière systématique les mots ou les expressions qu'il entend.
Logorrhée	Discours abondant, accéléré et difficile ou impossible à comprendre.
Monotone	Discours sur le même ton, sans modulation.
Mutisme	Incapable de s'exprimer verbalement ou refuse de parler.
Pauvreté du vocabulaire	Qui dispose de peu de vocabulaire.

Peu loquace	Qui parle peu.
Pressé	Qui parle rapidement et avec certaines difficultés.
Soliloque	Discours d'une personne qui parle toute seule.
Spontané	Les mots sont exprimés aisément, sans hésitations.
Stéréotypé	Répétition des mêmes mots ou phrases sans se préoccuper de leur signification.
Vocabulaire recherché	Qui utilise un vocabulaire recherché ou raffiné.
Volubile	Discours cohérent, logique et surabondant.

ÉTAT ÉMOTIONNEL	L'état émotionnel comprend l'humeur et l'affect.
Affect	Comportement associé à l'état émotif ou au tonus mental du client, image émotionnelle que la personne présente à l'observateur.
Affect concordant	La tonalité de l'expression affective est en harmonie avec l'idée, la pensée ou le discours qui l'accompagnent.
Affect dégagé	Ouvert, sans souci.
Affect discordant ou inapproprié	Discordance entre la tonalité de l'émotion et l'idée, la pensée ou le discours qui l'accompagne
Affect émoussé	Réduction significative de l'intensité de l'expression affective.
Affect expansif	État émotionnel qui exprime toutes les nuances de la satisfaction et de la joie, mais avec un certain manque de retenue.
Affect hyperactif	État émotionnel qui convient à la situation, mais qui est disproportionné.
Affect labile	Rapides et soudaines modifications de la tonalité émotionnelle, sans relation avec un stimulus externe.
Affect mobilisable	L'expression affective se modifie selon le contenu abordé ou la situation.
Affect non mobilisable	L'expression affective se modifie peu ou presque pas selon le contenu abordé ou la situation.
Affect plat	État émotionnel vide de tonus émotionnel (ou d'expression de sentiments), absence d'indices visibles de l'état émotionnel.
Affect préoccupé	État émotionnel absorbé, tendu, soucieux.
Affect restreint	Réduction légère de l'intensité de la tonalité des sentiments moins marquée que dans l'état émoussé.
Affect syntone	État émotionnel qui convient à la situation.
Anhédonie	Incapacité d'imaginer, voire de vivre le plaisir ou les émotions agréables.
Humeur	Sentiment qui se manifeste le plus constamment au cours de l'entretien, reflet de l'état émotionnel global et durable dans lequel se trouve la personne.
Humeur anxieuse	Sentiment d'appréhension provoqué par l'anticipation d'un danger, interne ou externe.
Humeur colérique	État dans lequel la personne présente des comportements d'agressivité et de colère.
Humeur cyclique	Humeur qui varie entre l'euphorie et la dépression.
Humeur euphorique	Sentiment intense de joie et de bien-être.
Humeur euthymique	Tranquillité d'esprit, humeur normale qui implique l'absence d'euphorie ou de dépression.
Humeur exaltée	Air joyeux et confiant; humeur plus gaie qu'à l'habitude.
Humeur indifférente	Qui est dépourvue de sentiments, que rien ni personne n'émeut (absence d'émotion).

Humeur irritable	État dans lequel la personne est facilement contrariée et se met aisément en colère.
Humeur labile	Rapides et soudaines modifications de la tonalité émotionnelle, sans relation avec un stimulus externe. L'expression affective passe rapidement de l'euphorie à un état de dépression ou d'anxiété.

OPÉRATIONS DE LA PENSÉE	Enchaînement intentionnel d'idées, de symboles et d'associations, qui, à partir d'un problème ou d'une tâche, permet d'arriver à une conclusion adaptée à la réalité.
Association par assonance	Les mots choisis sont basés sur le son, non sur le sens, incluant des rimes et des calembours.
Blocage de la pensée	Interruption soudaine du fil de la pensée; la personne est incapable de compléter ses phrases, ce qui semble lié à une forte émotion.
Compulsion	Acte intentionnel, répétitif, non désiré, la personne se sent contrainte à agir; le comportement est perçu comme pouvant neutraliser ou prévenir l'inconfort ou un événement redouté.
Contenu de la pensée	Ce que pense la personne, ses idées particulières, ses croyances, son usage de mots.
Coq-à-l'âne	Expression imagée pour désigner des propos sans suite logique ni liaison, avec passage d'une phrase à l'autre sans transition ni motif.
Cours de la pensée	Vitesse du discours.
Culpabilité	Émotion résultant d'un sentiment d'avoir accompli une mauvaise action.
Découragement	Abattement, démoralisation.
Désespoir	Perte d'espoir, de foi, de confiance.
Dévalorisation	Manque d'estime de soi.
Diffusion de la pensée	La personne a la sensation que ses pensées irradient de son esprit et peuvent être captées par d'autres personnes.
Écholalie	Le client répète de manière systématique les mots ou les expressions qu'il entend.
Fuite des idées	Passage rapide d'une idée à l'autre sans développer chaque idée jusqu'au bout.
Idées délirantes	Croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire.
Idées délirantes de contrôle ou d'influence	Délire dans lequel les sensations, les impulsions, les pensées ou les actions sont ressenties comme n'étant pas propres au sujet, mais imposées par une force extérieure.
Idées délirantes de grandeur	Idée délirante qui implique de la part du sujet un sentiment exagéré de son importance, de son pouvoir, de son savoir, de son identité ou de ses relations, privilégiées avec Dieu ou une autre personne célèbre.
Idées délirantes de jalousie	Idée délirante selon laquelle le conjoint est infidèle.
Idées délirantes de persécution	Délire dans lequel le thème central consiste pour le sujet à être attaqué, harcelé, trompé, persécuté ou victime de conspiration.
Idées délirantes de référence	Le sujet croit que les événements se rapportent à lui.
Idées délirantes érotomaniaques	Idée délirante selon laquelle une autre personne, habituellement de rang social plus élevé que le sujet, est amoureuse de ce dernier.
Idées délirantes mystiques	La personne a de fausses croyances liées à des thèmes religieux ou spirituels.
Idées délirantes somatiques	Délire dans lequel le thème central touche au fonctionnement du corps.
Idées surinvesties	Croyance ou idée déraisonnable et soutenue que le sujet défend avec une intensité moindre que dans le cas d'une idée délirante (c'est-à-dire la personne est capable de

	reconnaître que sa croyance peut ne pas être vraie). La croyance ne fait pas partie de celles qui sont habituellement acceptées par d'autres membres de la culture ou de la sous-culture du sujet.
Lecture de pensées	La personne a l'impression qu'elle a le pouvoir de lire dans les pensées des autres.
Méfiance	Dont les propos expriment la suspicion envers les autres.
Néologisme	Mots inventés par la personne. Les mots n'ont aucun sens pour les autres, mais sont investis d'une signification symbolique pour elle.
Obsessions	Pensées ou impulsions persistantes non désirées; la logique ne les éliminera pas de la conscience; elles sont vécues comme étant inopportunes.
Opérations de la pensée	Enchaînement intentionnel d'idées, de symboles et d'associations, qui, à partir d'un problème ou d'une tâche, permet d'arriver à une conclusion adaptée à la réalité.
Pauvreté du discours	La personne ne trouve plus ses mots, donne des réponses brèves, évasives, superficielles.
Pensée accélérée	Pensée rapide, activée, pressée; appelée également tachypsychie.
Pensée circonstanciée	Trouble du cours de la pensée qui se manifeste par un discours où la communication est retardée par la surabondance de détails inutiles et fastidieux.
Pensée cohérente	Dont toutes les parties du discours se tiennent et s'organisent logiquement.
Pensée concrète	Concentration des processus cognitifs sur des faits précis et concrets, pas sur des questions générales et abstraites, et sur des préoccupations immédiates plutôt que sur des résultats hypothétiques; incapacité de saisir le langage abstrait.
Pensée désinhibée	Pensée sans retenue.
Pensée dichotomique	Pensée obéissant à la logique du tout ou rien.
Pensée hermétique	Pensée fermée qui demeure énigmatique.
Pensée incohérente	Discours ou pensée qui sont, pour l'essentiel, incompréhensibles pour autrui en raison d'un manque de lien logique compréhensible entre les mots ou les phrases. La perturbation se situe à l'intérieur même des propositions, contrairement à ce qui se passe dans le relâchement des associations dans lequel la perturbation se trouve entre deux propositions distinctes.
Pensée magique	Croyance erronée que ses pensées, ses mots ou ses actions pourront causer ou empêcher, d'une manière ou d'une autre, par des moyens défiant les lois normales de la causalité, un résultat particulier.
Pensée tangentielle	Trouble du cours de la pensée qui se manifeste par l'incapacité de la personne d'en arriver à l'essentiel, d'aller au bout de sa pensée. La personne aborde plusieurs sujets sans rapport et finit par perdre de vue le sujet de départ.
Persévération	La personne répète ou prolonge avec insistance et involontairement les mêmes réponses (mot, idée ou geste) à diverses questions.
Phobie	Peur intense, persistante, irrationnelle d'un objet ou d'une situation; la personne se sent contrainte à éviter l'objet ou la situation.
Préoccupations	Concentration de pensées sur une idée particulière, avec une forte tonalité affective.
Processus de la pensée	Façon dont pense une personne, la logique de sa ligne de pensée.
Ralentissement du cours de la pensée	Rythme de la pensée ralenti; se nomme également bradypsychie.
Relâchement des associations	Mode de discours dans lequel les idées d'un sujet passent d'un registre à un autre – complètement différent – ou lié au premier de façon indirecte. Cette perturbation survient entre les diverses propositions contrairement à l'incohérence dans laquelle la perturbation est à l'intérieur des propositions.
Ruminations	Pensées répétitives indésirables qui occupent l'esprit d'une personne.
Salade de mots	Les mots sont assemblés de manières aléatoires sans lien logique.

PERCEPTION	Façon dont la personne décode l'information perçue par les cinq sens. Celle-ci peut s'éloigner de la réalité objective selon l'intensité des symptômes.
Dépersonnalisation	Sensation subjective d'être irréel, détaché de soi-même. Sensation d'être à l'extérieur de son corps.
Déréalisation	Sensation subjective que l'environnement est étrange ou irréel. La personne a l'impression que le monde est en plastique, que plus rien n'est vraiment réel, que les gens n'ont aucune vie réelle; ils sont comme des marionnettes dont on tire les ficelles.
Dissociation	Rupture des fonctions, habituellement intégrées, de conscience, de mémoire, du sens de l'identité ou de la perception de l'environnement. Souvent expérimenté par une personne qui a vécu un événement traumatisant.
Hallucination	Perception sensorielle erronée, non associée à un stimulus extérieur réel.
Hallucination auditive	Fausse perception de sons, habituellement des voix, bien qu'il puisse s'agir aussi d'autres bruits.
Hallucination cénesthésique ou kinesthésique	Fausse perception de quelque chose d'anormal à l'intérieur du corps.
Hallucination gustative	Fausse perception du goût et souvent désagréable.
Hallucination olfactive	Fausse perception impliquant l'odorat.
Hallucination tactile	Fausse perception impliquant le sens du toucher souvent d'être touché ou d'avoir quelque chose sous la peau.
Hallucination visuelle	Fausse perception de visions comprenant des images élaborées et des images imprécises.
Illusion	Perception déformée ou une autre fausse interprétation d'un objet réel.

FONCTIONS COGNITIVES	Capacités du cerveau permettant de communiquer, de percevoir l'environnement, de se concentrer, de se souvenir ou d'accumuler des connaissances.
Alerte	Éveillé. Lorsque vous interpellez la personne, elle se tourne vers vous.
Amnésie	Perte de mémoire portant sur une partie plus ou moins importante de la vie de l'individu; cet état peut être temporaire ou permanent, selon l'étiologie.
Attention	Habileté à se centrer sur une activité ou une tâche sans être distrait par les stimuli environnants.
Autocritique	Capacité de reconnaître ses difficultés, son besoin d'aide et les conséquences de ses actes.
Comateux	Ne réagit ni à la voix, ni au toucher. Il peut y avoir réaction à la douleur.
Concentration	Activité soutenue d'attention durant une période de temps déterminée.
Hyperalerte	Alerte à un niveau supérieur à la normale, voire excessif. Sursaut aux moindres stimuli de l'environnement.
Hypervigilance	Fait d'avoir conscience des stimuli externes de façon anormalement vive.
Jugement	Capacité d'évaluer sa situation correctement et de prendre les décisions adéquates.
Léthargique	État de somnolence. La personne réagit clairement à la voix d'autrui.
Mémoire	Habileté à retenir des expériences et des perceptions et à s'en souvenir pour une utilisation ultérieure.
Stuporeux	État de somnolence. La personne réagit seulement au toucher.

RÉFÉRENCES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Elsevier Masson, 2015.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAMPLAIN-CHARLES-LEMOYNE (CSSSCCLM). Règle de soins RS-002 : *Responsabilité du personnel auprès de la clientèle qui requiert des soins continus*, 2011.

CENTRE INTÉGRÉ DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE. *Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr), Feuillet d'information destiné aux usagers et à leurs proches*, 2021.

CLOUTIER, L., et LECLERC, C. Perspectives infirmières, *L'évaluation de la condition mentale, Comment allez-vous aujourd'hui?*, [En ligne], 2011. [www.oiiq.org/sitesdefault/files/uploads/pdf/publications/perspective_infirmieres/2011_vol8_no2/11_evaluation.pdf]

FORTINASH, K. M., et HOLODAY WORRET, P. A. *Santé mentale et psychiatrie*, 2e édition, Chenelière éducation, 2016.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Aide-Mémoire, Mesures de remplacement à la contention et de l'isolement*, [En ligne], 2008. [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-812-06.pdf].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Guide de gestion de l'urgence*, [En ligne], 2006. [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-905-01.pdf].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*, [En ligne], 2015. [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf].

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). *Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale*, [En ligne], 2016. [http://www.oiiq.org/publications/repertoire/standards-de-pratique-de-linfirmiere-dans-le-domaine-de-la-sante-mentale].

SAMSON E., et le GPS-SM. (2014). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec – Cadre de référence*, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), Québec, [En ligne], 2014. [http://aqrp-sm.org/wpcontent/uploads/2014/04/cadre-de-referenceGPS-SM.pdf].

SAMSON, E. *Stigmatisation en santé mentale : comprendre pour agir*, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM), 2015.

SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX. *Ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)*, Québec, [En ligne], 2018. [http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ressources/ri-rtf/].

STAHL, M.S. *Pharmacologie essentielle*, Médecine-Sciences, Flammarion, 2002.